

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANNE LNE

L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LÉPILÉUR, A. NATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,

J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERGÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VII

N° 3. — Mars 1896

(Avec 1 planche hors texte.)

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCVI

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

<p>BENZOATE DE MERCURE</p>	<p>SYPHILIS BRETONNEAU</p>	<p>SIROP - PILULES Benzoate Hg. 0/01.</p> <table border="0"> <tr> <td>SIROP 100.</td> <td>DRAGÉES</td> </tr> <tr> <td>Benzoate... 0/01</td> <td>Benzoate... 0/005</td> </tr> <tr> <td>Iod. Alcalin 1gr.</td> <td>Iod. Alcalin 0/030</td> </tr> </table> <p>INJECTION SOUS-CUTANÉE 0/01 par seringue.</p>	SIROP 100.	DRAGÉES	Benzoate... 0/01	Benzoate... 0/005	Iod. Alcalin 1gr.	Iod. Alcalin 0/030
SIROP 100.	DRAGÉES							
Benzoate... 0/01	Benzoate... 0/005							
Iod. Alcalin 1gr.	Iod. Alcalin 0/030							
<p>PARIS - 6, Rue Marengo, 6</p>								

SAVONS MÉDICINAUX de A^e MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON Pheniqué... à 5% de A^e MOLLARD 12^f

SAVON Boraté... à 10% de A^e MOLLARD 12^f

SAVON au Thymol... à 5% de A^e MOLLARD 12^f

SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A^e MOLLARD 24^f

SAVON Borique... à 5% de A^e MOLLARD 12^f

SAVON au Salol... à 5% de A^e MOLLARD 12^f

SAVON au Sublimé à 1% ou 10% de A^e MOLLARD 18^f ou 24^f

SAVON Iode (KI - 10 %)... de A^e MOLLARD 24^f

SAVON Sulfureux hygiénique de A^e MOLLARD 12^f ou 24^f

SAVON à Goudron de Norvège de A^e MOLLARD 12^f

SAVON Glycérine... de A^e MOLLARD 12^f

ILS SE VENDENT EN BOÎTE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINES AVEC
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO⁵ 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob.

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FÉBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloïdiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extrait de quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE** : Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Phcie CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

051

E

EL
ecure

grand
, l'Éti
la for-

ER

is/autres
l'extrait.
les cas
e contre
francs.
e repas.

XUM

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LES ORIGINES DE LA PELADE

1^{er} mémoire.

Par **R. Sabouraud**, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

I. — POSITION DE LA QUESTION

L'idée qui nous a conduit à ces recherches nouvelles est peut-être bien chimérique. Nous la noterons cependant tout d'abord, car elle relie le mémoire qui va suivre à ceux que nous avons publiés déjà sur d'autres sujets.

Après quatre ans d'études mycologiques et thérapeutiques des teignes tondantes, après l'essai successif des divers traitements préconisés contre elles, nous sommes arrivé à cette conclusion ferme, qu'aucun traitement antiseptique n'a d'efficacité nette contre une teigne tondante ayant envahi déjà le cheveu jusqu'à sa racine.

La raison de cet échec permanent est uniquement l'obstacle mécanique que l'étroitesse et la profondeur du follicule pileaire opposent à la diffusion de l'agent thérapeutique que l'on emploie. Quel qu'il soit, solide, liquide ou gazeux, il ne stérilise qu'une minime partie de la racine du cheveu malade, un tiers de sa hauteur environ, et ne touche pas à l'intégrité du parasite dans les parties profondes du poil.

Cet obstacle mécanique est tel que les seuls agents actifs dans les teignes tondantes sont les caustiques qui le détruisent. Leur action aboutit à une folliculite curative mais ultérieurement à une cicatrice alopécique.

Ces conclusions pour être affirmées demandaient une longue étude, car elles heurtent directement l'opinion de bien des maîtres.

Cependant, j'ai non seulement la conviction qu'ils se sont trompés et qu'aucun traitement connu n'est curateur des teignes tondantes, mais je me crois même autorisé à prévoir qu'aucun traitement antiseptique quelconque ne parviendra dans l'avenir au but cherché. Car si l'on peut varier la nature chimique des antiseptiques, cela change à peine leur pouvoir physique de pénétration. Ils seront comme les précédents solides, liquides ou gazeux et se heurteront toujours au même obstacle mécanique, qu'aucun des agents employés, quelle que soit sa

nature n'a pu franchir à bien loin près : *La racine du cheveu est inaccessible aux antiseptiques externes.*

Devant ces résultats thérapeutiques négatifs j'ai voulu chercher la solution du problème par des moyens tout différents.

Considérons d'abord et comparons entre eux le problème thérapeutique que pose la teigne faveuse et celui que présentent les teignes tondantes, nous serons à bon droit frappés de la différence des résultats de traitement en deux groupes de maladies voisines, car dans la première affection, où l'épilation est possible parce que le poil n'est pas fragile, on parvient toujours à la guérison, après deux, trois ou quatre épilations successives, qui font chacune une stérilisation partielle de la région malade en enlevant chaque fois la majeure partie du parasite contenu dans le cheveu.

Nul doute que si le cheveu des tondantes venait entier à l'épilation, on ne parvînt à une stérilisation progressive semblable et finalement à la guérison de la maladie. Seulement cette épilation est impossible parce que le cheveu est cassant, et que sa partie la plus envahie, la plus malade, celle qu'il faudrait précisément enlever, est précisément celle qui demeure dans le follicule où elle est inattaquable.

Dans ces conditions j'ai voulu étudier la Pelade commune, l'*Alopecia areata*, pour chercher par quel mécanisme le poil peladique est frappé de mort et tombe spontanément. Car si ce processus résultait d'un empoisonnement microbien, les toxines de ce microbe seraient, elles aussi, *peladogènes*. Et l'on pourrait les utiliser pour créer en un point voulu, une aire alopécique passagère, et faire tomber spontanément le poil des teignes que l'on ne peut épiler parce qu'il est fragile.

C'est donc pour chercher un moyen de faire tomber toutes seules et momentanément, les racines pilaires malades des teignes tondantes que j'ai été conduit à étudier *les origines de la Pelade*.

Aussi bien peut-on dire de cette maladie que les connaissances que l'on possède à son sujet sont vieilles et surannées, et qu'au milieu des études dermatologiques récentes son histoire est demeurée intégralement celle que nos prédécesseurs nous ont léguée.

Il est à l'avance certain qu'une seule étude sur un sujet ne peut faire seule toute la lumière, mais quand nos recherches ne devraient aboutir qu'à en faciliter d'autres plus heureuses et plus productives, il serait encore désirable qu'elles fussent produites.

Comme pour toutes les entités morbides dont la cause première est inconnue, l'histoire de la pelade n'est qu'un tissu d'obscurités.

C'est à grand-peine que la notion de sa contagion s'est fait jour, par les efforts de nos maîtres immédiats. Cette notion a rencontré beaucoup d'ennemis, sinon en France, du moins à l'étranger, et la preuve péremptoire de la contagiosité, c'est-à-dire la reproduction de

la maladie sur l'animal, par un germe isolé de l'homme et cultivé, demeure à fournir.

A côté du problème de ses origines, le problème de son unicité demeure debout. La dualité de la pelade est un de ces postulats qu'on a toujours placés facilement à la place d'une démonstration manquante. La ressemblance de certaines pelades et de certains vitiligos est un argument médiocre en faveur des pelades nerveuses, qui n'en ont pourtant pas beaucoup d'autres.

Il importerait vraiment qu'on ne créât plus en dermatologie de nouvelles entités morbides sans que l'examen biopsique toujours si facile, ait étayé ou renversé de suite l'hypothèse. Une conception erronée ne coûte guère à son auteur. A d'autres, il faudra souvent dix ans de travail pour la ruiner. Il eût été plus simple à l'auteur de la vérifier avant de l'émettre.

Par contre, et même en admettant que l'idée d'une pelade nerveuse soit prématurée et cliniquement injustifiable, il n'en demeurerait pas moins nécessaire de prouver par l'histologie que les lésions peladiques sont ou non toujours semblables. Et cela n'est pas fait. De plus, sur les frontières de notre pelade banale sont plusieurs *peladoïdes* : déglabrations venues ensuite de traumatismes, de lésions impétigineuses et d'autres causes mal définies. Et les *pseudo-pelades* de types divers, au nom malheureux presque toujours donné à des folliculites avérées dont l'histologie spéciale n'est pas faite non plus. Ici encore il importerait de tracer de chacune de ces maladies une description anatomique qui donnât un appui aux tableaux objectifs qu'on en a faits.

Même en ce qui concerne la pelade vulgaire, le mécanisme de la déglabration est encore discuté et incompris. Je ne l'ai vu défini nulle part. Et si la plupart des auteurs parlent d'une atrophie progressive du cheveu au point frappé, d'autres auteurs méconnaissent complètement ce processus atrophique du cheveu, lequel ne peut être produit que par une maladie de la *papille*. Car c'est elle qui crée le cheveu gros ou mince, adulte ou follet, mais qui le crée ce qu'il restera. Ces auteurs au contraire cherchent dans le cheveu même la raison de ces altérations atrophiques, et décrivent des bacilles, des cocci, des spores, des *trichophyton rodens*, etc., dans le cheveu.

Le point le plus obscur de toute cette histoire, c'est encore la question du parasite causal. Il n'y a pas de maladies où l'on ait décrit autant de microbes comme pathogènes et dont le microbe pathogène et son mode d'action soient plus inconnus.

Microsporum Audouini de Gruby (1843), transporté à tort dans l'étiologie de la pelade et cherché vainement, pendant cinquante ans, en dehors de la teigne où il se trouvait, *Spore* de Malassez (1875), *Bacterium decalvans* de Thin (1881), *Areacoccus* de Sehlen (1884), *Coccus* de Vaillard, Vincent, Nimier (1889), etc.

J'en passe en quantité, non des meilleurs, il est vrai. Cette énumération suffit à montrer l'absolue insuffisance des connaissances sur ce point. Jamais personne n'a vu, isolé, cultivé un microbe peladogène. Le microbe de la pelade est bien inconnu.

Malgré tout cela, on pourrait encore penser que le tableau clinique symptomatique de la maladie, au moins, est complet ?... Non pas, et nous verrons le nombre de symptômes majeurs qui caractérisent la pelade et la plaque peladique vulgaires et qui sont jusqu'ici restés dans l'ombre.

En résumé, outre l'idée première que nous avons exposée d'abord, on voit que beaucoup d'autres très valables pouvaient nous faire entreprendre l'étude de ce sujet.

Dans ce travail nous avons procédé comme, il y a trois ans passés, nous avions fait pour l'étude des trichophyties, négligeant de parti pris tout ce qui avait été écrit sur la question, pour ne pas mettre, entre les faits et notre observation le voile des opinions émises par d'autres avant nous sur le même sujet.

Nous avons examiné trois cents malades, pris au hasard, à toute période de la maladie; nous les avons soignés et suivis de près jusqu'à leur guérison quand elle s'est produite. Nous en suivons encore plus de cinquante. Nous en avons biopsié un grand nombre à toute période de leur affection. Enfin, pour l'étude histologique générale de la maladie, M. le Dr Danlos, en nous offrant les plaques alopeciciées d'un peladique mort de tuberculose dans son service, nous a fait un inestimable cadeau.

Il est inutile d'ajouter que pour chaque malade l'analyse bactériologique était minutieusement faite. Nous verrons, chemin faisant, combien ces analyses étaient inutiles jusqu'à la connaissance histologique complète des diverses phases de la maladie.

C'est donc après deux ans d'études et 300 malades étudiés, 16 biopsies et 22 autres pièces examinées histologiquement, provenant du malade de M. Danlos, après un nombre de cultures que nous n'essaierons pas de chiffrer, que nous entreprenons d'exposer ce que nous avons vu, sans croire remplacer partout l'erreur par la vérité mais seulement par l'étude et sachant qu'il nous reste sur ce sujet même, bien des recherches déjà praticables à mener à bien.

II. — LA CONTAGION DE LA PELADE

L'idée directrice de ce travail, celle qui a été énoncée d'abord, suppose la pelade contagieuse, parasitaire. C'est ce premier point qu'il nous faut discuter avant tout autre.

Je sais bien qu'affirmer, après tant d'auteurs, la contagiosité de la

pelade peut paraître chose inutile à tous ou presque tous les dermatologistes de France, mais il n'en va pas de même à l'étranger, et c'est pourquoi cette discussion n'est pas déplacée ici. Les récents congrès d'Allemagne ont montré, en effet, la plupart des auteurs de ce pays encore partisans de la non contagiosité de la pelade.

Cette divergence d'opinions relève de trois causes très différentes :

A. — De ce que la maladie est moins fréquemment rencontrée à l'étranger, partant moins connue qu'en France.

B. — De ce que souvent la filiation *directe* des cas de pelade reste obscure.

C. — De ce que le mode habituel de la transmission du contagion crée des cas sporadiques plus souvent que les grandes épidémies en foyers qui sont la démonstration péremptoire d'une contagion.

A. — Nous venons de le dire, la pelade procède habituellement par cas en apparence isolés, sporadiques. Il faut donc beaucoup d'exemples de pelade pour constater d'*indéniables transmissions*. A Paris, dans le très grand nombre des faits observés, la filiation directe de beaucoup d'entre eux se démontre manifestement. Mais ces cas démonstratifs sont encore l'exception ici-même. Partout où les cas de la maladie sont moins fréquents, les cas démonstratifs seront plus rares encore et l'origine de presque tous demeurera inconnue.

Prenons une comparaison qui éclairera notre argument : A Paris le favus est rare et sporadique. Supposons un instant, que nous ignorions sa cause parasitaire ; une discussion analogue pourrait s'ouvrir sur sa nature contagieuse et non contagieuse. En Allemagne, où le favus est fréquent, on citerait mille exemples de contagion évidente qui pourraient nous laisser indécis.

La pelade en est très exactement à ce point. Elle est rare en Allemagne, fréquente à Paris ; et nos cas évidents de contagion n'éclairaient pas les observateurs allemands parce qu'ils ne les ont pas vus, *parce qu'ils ne peuvent pas les voir*.

B. — La plus importante cause d'erreur sur ce sujet, il faut bien le dire, est plus générale. Elle provient d'une faute de logique que la théorie parasitaire a rencontrée devant elle à chaque pas en avant, et dans laquelle tous ses adversaires sont successivement retombés.

Cette faute de logique consiste à donner dans la discussion une valeur égale au fait *positif* et au fait *négatif*.

Or dans la pelade, précisément, les faits négatifs — ceux dans lesquels la transmission directe de la maladie ne peut être relevée — sont les plus nombreux.

Rigoureusement que prouvent-ils ? Ils prouvent que dans ces cas

et quelle que soit d'ailleurs l'origine de la maladie, cette origine *n'a pas pu être établie*.

Mais que pourraient dix mille faits négatifs semblables contre un certain nombre de faits positifs *bien* observés ? Le fait positif prouve la contagion ; les faits négatifs prouvent seulement qu'il n'est pas possible de la retrouver toujours.

Une seule pelade familiale ébranlera, et une seule épidémie de collège ou de caserne ruinera la théorie de la non contagion de la pelade. Or ces épidémies, à l'hôpital Saint-Louis, on les constate dix fois par an, depuis dix ans.

Que conclure sinon que la pelade est contagieuse, les conditions nécessaires et suffisantes de la contagion restant seules à déterminer.

Nous avons derrière nous, pour parler ainsi, l'exemple semblable de vingt maladies parasitaires dont la contagiosité a été tenue longtemps pour douteuse : la septicémie puerpérale, l'érysipèle, la pneumonie, la tuberculose, la morve, le charbon, etc... et les teignes cryptogamiques, et la gale.

Et toujours comme aujourd'hui, la critique s'est abritée derrière cet argument essentiellement invalide : *que la contagion ne s'observait pas toujours*.

De même Louis écrivait : « La fièvre typhoïde semble contagieuse, au moins dans les villes. »

De même des auteurs actuels sans attaquer l'unité de la pelade refusent d'admettre la transmission de la pelade *urbaine* en reconnaissant contagieuse la pelade *de l'armée* !

C. — Les adversaires de la pelade objectent un autre argument qui au premier examen semble plus sérieux : c'est le caractère ordinairement sporadique de la maladie.

« Voici, disent-ils, une maladie contagieuse et cependant les cas de contagion s'observeront rarement dans la famille où pourtant les contacts sont continus. Elle se transmettra exclusivement entre gens qui n'ont entre eux aucun rapport, aucun contact, d'un seul individu à un seul autre individu en vingt familles différentes ?

Si la pelade est contagieuse, comment n'est-ce pas *d'abord* dans la famille que cette contagion s'exercera. »

A cette objection un nombre immense de faits nous permet de répondre : *que les instruments du coiffeur sont presque les agents uniques de transmission du contagé, sans doute parce qu'eux seuls peuvent créer les effractions nécessaires à la pullulation du contagé dont ils sont souillés*.

Quand le récolement de centaines d'observations (qui semblent calquées les unes sur les autres) arrive à démontrer ce point primordial, quand, par exemple, dans un centre comme l'hôpital Saint-Louis

on voit des séries de peladiques d'un même quartier et que l'observation mentionne invariablement le même coiffeur commun à tous...

Alors on s'explique les mœurs spéciales de la pelade au point de vue de la dissémination *prétendue sporadique*.

D'abord on s'explique les épidémies de collège et les épidémies de caserne. Là comme ailleurs, c'est le coiffeur commun qui crée toutes les inoculations une par une. Mais dans ces cas, les individus contaminés *demeurent ensemble*, alors la pelade prend les allures d'une épidémie *en foyer*.

Dans la ville, au contraire, le coiffeur est commun à des foules de gens qui ne se rencontrent que chez lui. Un seul coiffeur pourra créer une épidémie urbaine si nombreuse qu'on la voudra supposer. Comme les individus contaminés vivent tous séparément, chacun des cas ne pourra jamais apparaître que sporadique.

Et comme très peu d'actes de la vie familiale peuvent causer des effractions du cuir chevelu semblables à celles du rasoir ou de la tondeuse, les épidémies familiales demeureront cependant fort rares.

Et c'est ainsi que chaque cas de pelade sera en apparence, mais en apparence seulement, isolé.

Il suffit. Pour expliquer ne fût-ce que 20 cas de pelade consécutifs dans une caserne ou une école, il n'y a pas d'autre hypothèse possible que celle de la contagion.

Or toute maladie qui se propage d'un individu à un autre, suppose une *cause active capable de se multiplier, de se reproduire*. C'est là ce que nous appelons un *être vivant*, et dans le cas : un *parasite*.

*
* *

L'Alopecia areata, la pelade vulgaire est une maladie contagieuse, donc une maladie parasitaire. Tel est l'argument qui doit servir désormais de base à nos recherches. Si cette proposition n'est pas encore établie par des preuves expérimentales, puisque ce sont ces preuves que nous cherchons, au moins doit-elle être admise désormais comme l'opinion seule rationnelle que l'on puisse émettre au sujet de ses origines.

Prenons maintenant pour fil conducteur l'étude clinique *élémentaire* de la maladie. Aux phénomènes que nous observerons nous conjuguerons l'étude des phénomènes histologiques correspondants. De cette double étude nous chercherons à déduire une technique bactériologique spéciale nous permettant d'arriver à la cause première de la maladie.

III. — ÉTUDE SYMPTOMATIQUE DE LA PELADE. — *Sa lésion élémentaire. Le cheveu peladique, dans la pelade extensive du cuir chevelu.*

La déglabration est le phénomène capital, constitutif de la pelade. Mais ce mot vague résume simplement la chute et la disparition d'une grande quantité de cheveux. Est-ce que les phénomènes qui provoquent et constituent la chute *de chaque poil* sur la surface peladique s'accompagnent d'altérations visibles à l'œil nu ?

Oui, et ces altérations ont le cheveu même pour siège.

La plaque peladique étant essentiellement une plaque chauve, chacun pensera d'abord qu'il n'y a pas, qu'il ne peut pas y avoir de cheveux peladiques.

Mais la plaque peladique n'est glabre que quand elle est constituée à l'état de lésion accomplie. Les cheveux avant de disparaître en entier, subissent des métamorphoses régressives qui constituent le cheveu peladique avant que celui-ci même en disparaissant ne laisse la tache glabre constituée.

Le cheveu peladique est un tronçon de cheveu long demeuré en place, ayant exactement la forme classique d'une massue, ou, pour prendre une comparaison de dimensions plus exacte, ayant la forme et les proportions du point d'exclamation d'imprimerie.

Ses dimensions en longueur sont très variables. Il peut avoir jusqu'à deux centimètres de hauteur, le plus souvent il ne dépasse la peau que de 4 à 6 millimètres seulement.

Son sommet paraît renflé, il est seulement du diamètre normal des cheveux sains du voisinage. Mais son pédicule aminci perd de sa couleur à mesure qu'il perd de son diamètre pour devenir au niveau de la peau tout à fait incolore et presque invisible. Tel est le cheveu peladique.

Même en admettant ceci sans discussion, on pourra penser d'abord que l'étude du cheveu peladique est cliniquement de peu d'importance puisque le médecin ne voit guère une tache peladique que lorsqu'elle est constituée. Si l'on observe cependant que par sa périphérie la plaque peladique ordinaire s'accroît durant plusieurs semaines, on pourra penser — ce qui est vrai — que les métamorphoses des cheveux du centre, qui ont provoqué leur disparition, se poursuivent dans les cheveux du pourtour de la plaque pour en augmenter le diamètre. Et déjà l'on pourra voir la grande importance pronostique du cheveu peladique qui annonce une extension de la plaque avant que la déglabration de son pourtour ne soit chose faite.

Mais en admettant même cela, on ne connaîtra qu'une partie de

l'importance diagnostique du cheveu propre de la pelade. Toutes les fois qu'un cheveu normal a pris la forme du « tronçon peladique » il est condamné à disparaître brièvement. Quand donc autour d'une plaque peladique aucun cheveu de cette forme ne peut plus être retrouvé, c'est que cette plaque ne s'accroît plus depuis quelques jours, et que le processus morbide tend, au moins momentanément, au moins localement à se circonscrire.

Si le processus d'envahissement peladique a été rapide, en deux semaines une plaque d'un centimètre de large peut avoir atteint cinq centimètres de diamètre. Dans ce cas, soyez assuré que les cheveux peladiques seront nombreux sur toute la surface malade ou que la zone périphérique qu'ils occuperont sera épaisse. C'est la pelade connue depuis la description de mon vénéré maître M. E. Besnier, sous le nom de *Pelade trichophytoïde* ou *Pelade à cheveux fragiles*.

Au contraire, s'agit-il d'une plaque d'extension lente et sourde, les cheveux peladiques seront rares sur la lisière des cheveux sains. Et il n'en peut être autrement puisque leur existence est éphémère. On ne les trouvera que sur les points d'extension les plus récents de la plaque, parce que depuis longtemps la plaque est nettoyée de ceux qui ont été formés avant eux.

Ceci est d'une conformité absolue avec les faits cliniques. Dans une plaque peladique en voie d'accroissement, la *zone des poils massués est d'autant plus large et plus fournie que la marche extensive de la plaque s'est montrée plus rapide*.

Au contraire les poils massués sont d'autant plus rares, plus espacés sur la bordure de la plaque, que sa marche extensive a été plus lente.

Mais toutes les plaques en extension, sans exception aucune, sont des *pelades à cheveux fragiles*, sont bordées de cheveux massués.

Voici donc un moyen de diagnostic rétrospectif extrêmement précis et sûr. Un malade se présente-t-il avec une plaque bordée de quelques très rares tronçons peladiques, on peut, sans interrogatoire préalable, affirmer que cette plaque s'accroît, et qu'elle s'accroît *lentement*, et même qu'elle s'accroît sur tel ou tel point de sa bordure.

Au contraire la bordure de ses plaques est-elle abondamment fournie de cheveux massués, on peut affirmer d'emblée que l'envahissement marche vite et que les aires alopéciques viennent de s'agrandir brusquement en quelques jours.

Et comme plusieurs plaques d'un même sujet peuvent s'accroître avec une rapidité inégale, on peut apprécier du premier coup d'œil quelles plaques sont les plus actives, les plus dangereuses.

La valeur propre du tronçon peladique est si rigoureuse que son absence même a une signification. Car s'il est impossible de trouver une plaque en accroissement sans une bordure de cheveux massués,

inversement sur une plaque depuis longtemps stationnaire, on n'en retrouvera jamais.

Un fait mal observé pourrait servir ici d'objection. « J'ai vu, dirait-on, des plaques peladiques tellement bien stationnaires qu'elles étaient couvertes de cheveux follets nouveaux, et cependant sur leur bordure existaient « encore » des cheveux massués. »

C'est là un fait qui n'est pas rare, mais il suffit d'interroger le malade pour en avoir l'explication. Il dira que la plaque d'abord petite est restée longtemps stationnaire, qu'elle s'est même couverte de duvet, mais subitement, en ces derniers jours, elle a recommencé de s'agrandir.

Il n'y a donc là qu'un simple fait de marche paroxystique très fréquente dans la pelade. Et le cheveu massué des bordures, par sa concomitance avec les follets du centre de la plaque est l'expression clinique de ce paroxysme. L'envahisseur a fait trêve un instant. Cette trêve il vient de la rompre et l'envahissement vient de reprendre.

Ainsi non seulement les cheveux peladiques, par leur existence affirment le diagnostic de *pelade*, mais encore ils affirment que la maladie est en voie d'accroissement, qu'elle progresse. Par leur siège ils indiquent le point exact où elle progresse. Par leur nombre ils montrent la rapidité avec laquelle elle progresse, si son accroissement est lent ou rapide.

Ils fournissent donc des indications diagnostiques multiples, précises, des indications pronostiques du plus haut intérêt pour le malade et je dirai même des indications de traitement, car le traitement d'une plaque peladique doit être mesuré surtout à la rapidité de son accroissement. Enfin, et c'est le fait qui nous importe ici, *ils marquent à l'histologiste le point précis où l'examen biopsique lui révélera les lésions de la maladie en activité.*

Tel est le rôle considérable que l'observation répétée arrive infailliblement à concéder au cheveu spécial de la pelade dans la symptomatologie de la maladie. Ce rôle devient plus important encore dans la découverte des lésions à leur naissance. Après des mois de recherches patientes, voir une plaque peladique à son tout premier début, devient l'obsession du chercheur.

Assez facilement encore on surprend quelques plaques en formation actuelle. C'est par exemple quand une plaque seconde survient au cours d'une plaque peladique antérieure.

L'œil est attiré par un *espace clair* situé sur un point quelconque du cuir chevelu. Sur cette place les cheveux sont un peu moins nombreux déjà que sur les régions voisines, mais ils sont surtout beaucoup moins longs, parce qu'ils sont cassés à diverses hauteurs, et comme coupés par un coup de ciseaux maladroit, donné au hasard.

Qu'on examine plus attentivement les cheveux encore en place —

en se gardant bien de faire une traction quelconque sur eux, car ils tomberaient, — on verra qu'au milieu de cheveux ayant exactement l'aspect, la grosseur, la coloration des cheveux normaux, mais dont quelques-uns sont cassés à diverses hauteurs, existe un groupe de cheveux peladiques massués.

Le centre de la plaque en formation est le point qui paraît le plus clair, parce que déjà des cheveux ont disparu en entier, laissant leur place vide. *On voit leur orifice pileux veuf, obstrué par du sébum et présentant à l'œil nu ou à la loupe un aspect qui rappelle les pores sébacés dilatés du nez des acnéiques. C'est autour des orifices pileux veufs de leurs cheveux, que les cheveux peladiques sont implantés en couronne.*

Tous les dermatologistes de profession ont eu quelques occasions d'observer la lésion peladique à ce stade. Mais on peut l'observer plus jeune encore...

Il faut pour cela choisir un peladique à récides incessantes, affligé de cette forme si particulière de la maladie que M. Besnier a dénommée : *Pelade perpétuelle*, et tenir le malade en observation continue pendant quelques mois. Un jour ou l'autre, tôt ou tard, on pourra surprendre et observer ce que j'appellerai volontiers l'embryon même de la tache peladique. Il est constitué :

1° Au centre par un ou deux orifices vides et dilatés;

2° Autour d'eux par quatre longs cheveux massués disposés en couronne et qu'on peut ainsi représenter en un géométral très schématique (fig. 1).

Telle est la pelade à son origine et l'observation que l'on peut faire quatre ou cinq fois quand on étudie minutieusement deux ou trois cents malades. On comprend que cette lésion véritablement élémentaire n'ait pas été décrite jusqu'ici.

Je n'ai jamais vu de phase de la maladie antérieure à celle-là; ce serait une phase prépeladique qui existe certainement, mais aucun symptôme perceptible ne m'a permis jusqu'ici de la déceler jamais.



FIG. 1

IV. — EXAMEN HISTOLOGIQUE DU CHEVEU PELADIQUE

Lorsqu'on commence l'étude de la pelade et qu'on n'est encore point familiarisé avec ses mœurs spéciales, l'assimilation du cheveu peladique au cheveu teigneux est une tendance invincible de l'esprit, et l'observateur croit forcément tenir avec ce cheveu fragile et altéré, l'habitat du microbe causal. Nous allons voir à quel point il faut se

garder de ces inductions hâtives ; l'histologie va suffire à nous montrer quelles différences fondamentales, spécifiques, il y a entre un cheveu hanté par une teigne cryptogamique quelconque et le cheveu de l'Alopécie en aires.

Le cheveu peladique est un témoin de la première heure, coexistant partout avec la phase initiale de la maladie. L'examen de ses lésions ne peut manquer d'apporter quelque lumière dans l'étude de notre sujet.

Examiné dans un liquide inerte quelconque, et à de faibles grossissements, le cheveu peladique massué montre de suite quatre caractères primordiaux qui sont constants, et d'une importance majeure (fig. 2).

1° Tandis que son extrémité supérieure est normalement pigmentée, sa partie basale est incolore.

2° Le diamètre de ce cheveu, normal en haut, décroît progressivement des deux tiers ou des trois quarts jusqu'à sa racine.

3° Le canal médullaire du cheveu, normal en haut, très altéré dans la partie moyenne, a disparu complètement de la partie avoisinant la racine.

4° Cette racine n'est pas hémisphérique, bulbeuse et creusée par l'empreinte papillaire, comme est le bulbe du cheveu normal. Elle présente grossièrement la forme d'une racine pivotante, d'un navet.

Donc l'extrémité supérieure du cheveu peladique est normalement constituée et tout à fait identique aux cheveux sains de la même tête. Même cuticule, même couche de cellules corticales, offrant la même pigmentation, même canal médullaire, de même diamètre.

Au contraire, au niveau de la partie sus-radiculaire du même cheveu, le tableau est complètement changé. Ce n'est plus un poil adulte que nous examinons, c'est un *follet*, normal d'ailleurs, avec le double caractère spécial au poil follet, de ne présenter ni pigment inclus dans les cellules corticales, ni cellules médullaires différenciées.

Et dans la partie du cheveu peladique qui sépare les deux précédentes que voyons-nous ? Nous voyons, en un même poil, la transformation graduelle du cheveu adulte de la partie supérieure au follet qu'il est à sa base.

Dans les cellules corticales, le pigment décroît de haut en bas et progressivement. La moelle s'effile puis disparaît,



FIG. 2

quelquefois pour reparaître un peu plus bas et disparaître à nouveau, cette fois définitivement.

La partie moyenne du cheveu peladique atteste et démontre donc la transformation régressive dont le cheveu a lentement été le siège.

Laissons de côté pour l'instant la racine même dont nous parlerons tout à l'heure, nous pouvons dès à présent définir complètement le cheveu peladique dans ses caractères histologiques essentiels : *Le cheveu peladique, au point de vue histologique, présente une métamorphose régressive de cheveu adulte en follet.*

Eh bien, je demande maintenant à tous ceux qui savent ce qu'est la formation physiologique du poil par la papille pileuse, s'il est possible qu'un microbe ayant son siège dans le cheveu, puisse par son action sur lui, changer ce poil adulte en follet. Dans ces termes même, cette hypothèse ne soutient pas l'examen. Car ces caractères, qui séparent le poil adulte du poil follet, sont des caractères *originels*, naissant à la papille pileuse qui les crée ce qu'ils demeurent. La papille pileuse fait ou ne fait pas le pigment de la couche corticale du cheveu. Elle fait ou ne fait pas dans le cheveu, les cellules médullaires de son centre. Mais en tout cas, ces diverses parties créées dans le cheveu, à sa naissance et une fois pour toutes, il n'est au pouvoir d'aucun agent étranger quelconque de les faire naître ou disparaître dans le cheveu une fois formé.

Donc, si le cheveu qui poussait il y a un mois à l'état de poil adulte ne pousse plus que simple follet, c'est la papille qu'il faut accuser de ce trouble. Le cheveu peladique n'est là que le témoin et le résultat du mode d'action récent de la papille. Et si tous les cheveux de la région portent l'empreinte de ce trouble, c'est que toutes les papilles de la région ont été malades en même temps. Et puisque cette atrophie du tronçon peladique est de plus en plus accusée de haut en bas, c'est que cette maladie de la papille pileuse a été progressive aussi.

Dès lors, que deviennent tous les microbes : cocci, bacilles et *trichophyton rodens* (!) que depuis vingt ans tant d'observateurs décrivent périodiquement dans le cheveu de la pelade ? Quelle importance peuvent-ils avoir, alors que même y fussent-ils tous réunis, ils n'expliqueraient en aucune façon les altérations du cheveu sur lequel on les rencontre. Car mille colonies microbiennes dans un cheveu ne feront pas que ce cheveu soit né antérieurement sans pigment et sans moelle...

En ce qui concerne la racine fuselée du cheveu peladique, je dois entrer dans le détail de quelques phénomènes d'histologie pathologique, non pas spéciaux à l'alopecie peladique, mais communs au contraire à toutes les alopecies non cicatricielles. Ces détails sont connus de tous les histologistes. Ils me pardonneront d'y insister, par égard pour ceux à qui l'histologie est moins familière.

On sait que le poil normal possède une racine bulbeuse creusée à sa partie inférieure d'une cavité qui coiffe étroitement la papille, organe de formation du cheveu. Nous ne nous étendrons pas ici sur le détail de structure du bulbe pileaire normal ; le schéma classique ci-joint en rappelle plus que toute description. Au fond de l'infundibulum pileaire est la papille. C'est un ovoïde de tissu conjonctif contenant les vaisseaux, saillant dans la cavité de l'infundibulum pileaire (fig. 3).

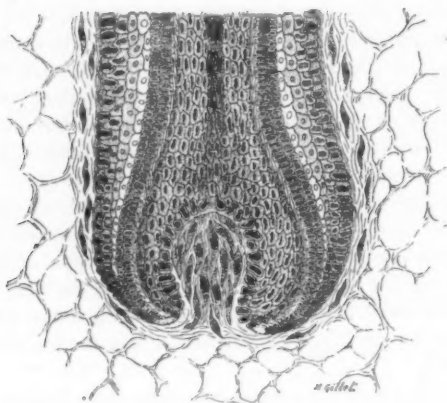


FIG. 3.

La papille est étroitement recouverte par une lame épithéliale ayant la situation homologe de la couche basale des cellules épithéliales de l'épiderme, et comme celle-ci, cette couche a pour rôle de créer les couches épidermiques superposées à elle-même. Mais ici la fonction est différenciée.

Tandis que la couche de cellules-mères de l'épiderme crée une lame épidermique horizontale, la même couche qui recouvre la papille crée un cylindre vertical de cellules kératinisées spéciales. Ce cylindre est le cheveu.

Donc cette racine, *en bulbe creux*, est la racine du poil normal.

Beaucoup de causes locales : traumatismes, suppurations sous-jacentes ; ou des causes générales : érysipèle, fièvre typhoïde, syphilis, etc..., peuvent altérer la vitalité de la papille et causer la mort du cheveu.

Voici dans tous ces cas, les phénomènes que surprend l'histologie.

La papille pileaire, graduellement, s'amoindrit, s'efface et disparaît. La couche épidermique banale qui revêt en doigt de gant la face interne du follicule, recouvre alors simplement l'emplacement de la

papille, comme toute autre région du follicule. Et dès lors le poil est détaché de sa base.

Sa racine bulbeuse perd successivement tous ses caractères, elle s'allonge, elle s'effile en fuseau. Ses cellules dernières-nées s'engrènent avec les cellules de l'épiderme folliculaire. Le cheveu est devenu ce que l'on appelle, le *poil à bulbe plein*, et peu à peu, ainsi détaché, il monte dans le follicule jusqu'à la surface de la peau.

Pendant ce temps, au-dessous du cheveu expulsé, demeure en place le boyau épithélial folliculaire. Celui-ci émet obliquement dans la profondeur un bourgeon qui va refaire plus bas une nouvelle papille, laquelle recréera un nouveau cheveu à *bulbe creux*.

Ce phénomène complexe est extrêmement fréquent, toutes les alopecies aiguës le reproduisent. Le schéma ci-joint en est un exemple (fig. 4).

M. Unna a longuement étudié ce phénomène et il appelle assez bizarrement ce poil mort : *Beet-haar*. Nous disons, poil à *bulbe plein* et le nom est mauvais aussi, car le mot de bulbe évoque l'idée d'un centre de formation, tandis que la racine en fuseau du poil détaché n'est que le reliquat d'un bulbe mort.

Conservons toutefois ce mot puisqu'il est consacré et appliquons de suite au poil peladique les considérations qui précèdent. Sa racine en fuseau, en navet, est une racine à bulbe plein, absolument banale, identique à celle que montrent les poils morts de toutes les alopecies aiguës.

Or, bulbe plein équivaut à dire : papille morte. Et alors toute l'histologie du poil peladique devient lumineuse. Résumons-la.

Lorsque la papille pilaire sécrétait la partie massuée du poil, son intégrité était encore à peu près parfaite. Ensuite, de jour en jour sa vie et son rôle se sont amoindris progressivement.

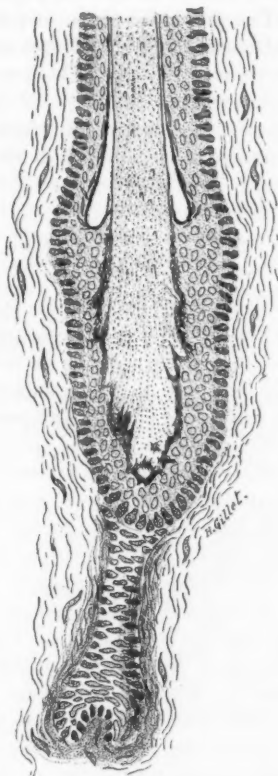


FIG. 4.

Le cheveu en est témoin et c'est alors que ses altérations pigmentaires et les altérations de sa moelle commencent à se produire.

Plus bas, c'est-à-dire plus tard, disparition du pigment, disparition de la moelle : la vie de la papille s'éteint chaque jour.

Et enfin, bulbe plein : la papille est morte.

Donc le cheveu peladique est pour l'histologiste l'instrument enregistreur qui lui révèle la mort lente et progressive de la papille avec toutes ses phases. Et quand on cherche d'après la dimension du poil ce qu'a duré cette mort lente, on peut voir qu'elle est survenue en quinze jours au plus tôt, et au plus tard en deux mois.

V. — VARIÉTÉS DE FORME DU CHEVEU PELADIQUE

Nous venons d'étudier le rôle symptomatique du cheveu peladique et aussi les déductions que son étude histologique peut fournir, en ce qui concerne son mode de naissance, sa genèse. Avant de passer à l'analyse des micro-organismes qu'il peut recéler, il est nécessaire de parler des variétés de forme qu'il présente.

Cela est utile d'abord, parce qu'il se rencontre toujours des observateurs sans méthode et sans patience, pour arguer d'un cas unique qu'ils ont observé contre une série de recherches laborieuses ; le travail écrit qui les a sommées demeurant toujours incomplet quelque soin que l'auteur ait pris de sa rédaction.

En second lieu, cette étude est nécessaire parce que la description « globale » du poil peladique massué est forcément schématique et que suivant les mœurs de l'envahissement peladique qui lui donne naissance, le cheveu peladique peut présenter quelques altérations de second ordre un peu diverses.

Enfin cette description est nécessaire parce que si le cheveu peladique massué se trouve dans toute pelade en voie d'extension, d'autres processus morbides qui n'ont rien de peladique peuvent montrer — sans alopécie en aires — un cheveu altéré, de forme analogue ; c'est tout spécialement le cas de l'alopecie syphilitique secondaire quand elle se produit lentement, et de la cachexie tuberculeuse ultime des enfants. Rien d'étonnant d'ailleurs en ces derniers faits ; le processus qui crée le cheveu peladique résulte de la mort lente de la papille ; toutes les maladies qui peuvent s'accompagner d'atrophie papillaire progressive pourront donner lieu au cheveu massué.

Mais aucun de ces processus ne donne au cheveu massué un caractère très spécial au cheveu massué de la pelade, qui est sa *friabilité*.

Le cheveu peladique est friable dans le sens transversal, et la fracture d'un cheveu long qui le produit en est la preuve, mais il est

surtout friable verticalement et le moindre traumatisme peut dissocier ses cellules corticales par un véritable clivage.

Ainsi se produit l'ébarbement terminal, la trichoptilose de certains poils peladiques qui prennent alors la forme d'un balai.

D'autres altérations de même ordre peuvent se produire en des points quelconques du poil massué qui semble alors porter en ces points des barbes de plume.

Tous ces faits accessoires, les auteurs les ont minutieusement étudiés et décrits, en leur donnant même une valeur diagnostique très exagérée ; car on ne les trouve pas toujours, et certaines plaques couvertes de poils peladiques n'en présentent pas un qui soit ébarbé.

Ces clivages se produisent au hasard des traumatismes. Il est facile d'en produire artificiellement. Ils ne se produisent que sur les parties du cheveu qui portent la trace histologique d'une malformation préalable d'origine papillaire. Ils se produisent souvent sur des cheveux qui restent stériles à l'ensemencement et sur des cheveux où l'examen microscopique ne décèle aucun microbe et aucune trace de traumatisme microbien.

En dehors de cette friabilité verticale du poil peladique qui peut, suivant les traumatismes qu'il a subis, l'altérer diversement, on peut trouver des poils peladiques témoignant d'altérations papillaires de *marche* très diverse.

A la place des poils disparus, on peut trouver, par exemple, enchâssés dans l'orifice folliculaire des petits amas pigmentaires, informes, vermiculaires, véritables déjections pigmentaires de la papille et qui ne témoignent plus d'aucune structure cellulaire quelconque.

Ailleurs, et parmi des poils massués, peladiques, tel sera régulièrement effilé sur un centimètre de longueur, mais tel autre présentera des retours partiels à l'état normal, nodosités où le poil tend à reprendre ses caractères de poil adulte, sa moelle, sa coloration, pour repérer ses attributs un millimètre plus bas.

Tel autre enfin aura subi une atrophie totale et brusque qui ne se manifestera que sur le millimètre inférieur de sa base. Il gardera, par conséquent jusqu'à son émergence de la peau, les caractères d'un cheveu normal.

Même sur ceux-là, qui ont des caractères de poil normal pour l'œil nu, et dont la seule anomalie symptomatique est de venir à la main sous l'influence d'une traction minime, on trouvera au microscope la racine à bulbe plein, indiquant la brusque suppression de fonction de la papille qui le formait.

Donc, quand on veut bien étudier même les poils anormaux de la surface peladique, on se trouve forcé de conclure pour eux comme pour les poils typiques, massués, décrits plus haut : qu'une seule lésion peut leur donner naissance, c'est la mort plus ou moins lente ou brusque de la papille pileaire.

Est-il tant besoin d'insister d'ailleurs sur ce point? Assurément oui, puisque nulle part on ne le trouve suffisamment mis en relief. Mais cependant l'évolution de la maladie elle-même suffit à le proclamer.

Pendant des semaines, pendant de longs mois souvent, aucun cheveu ne poussera plus sur la plaque déglabrée. Or, le cheveu n'est pas lui-même sa cause, il est le produit d'un organe générateur : la papille.

Donc, s'il ne se reproduit pas de suite, une fois tombé, c'est que son organe générateur est pour longtemps frappé d'impuissance.

C'est ce que l'histologie du cheveu peladique fait prévoir. C'est ce que l'évolution clinique de la maladie démontre.

VI. — BACTÉRIOLOGIE DES POILS PELADIQUES

Les conclusions qui viennent d'être formulées étaient loin d'être aussi précises pour moi, au début de ces études. Et bien que l'atrophie pileaire progressive indiquât de prime abord des lésions tégumentaires profondes, la contagion de la pelade d'un individu à un autre et les réinoculations au porteur (si fréquentes qu'elles sont de règle dans cette maladie) me faisaient supposer le parasite superficiel.

Dans cette hypothèse, j'eus le tort d'entreprendre d'emblée et le tort plus grand de poursuivre exclusivement pendant un an, des recherches bactériologiques sur les surfaces peladiques.

Ces recherches décevantes et vaines ne pouvaient que me ramener au point primordial que j'aurais dû élucider tout d'abord, à la connaissance préalable des lésions histologiques tégumentaires de la maladie.

Maintenant que ce stade de recherches est dépassé de loin, je vois avec la clarté de l'évidence combien l'étude plus attentive de l'atrophie pileaire décrite plus haut eût dû m'épargner de recherches négatives... Ce n'est qu'après de longs circuits d'études qu'on peut voir la raison des échecs antérieurs des autres observateurs et des siens propres!

Je ne compte pas rapporter ici la suite des travaux bactériologiques que comporta cette première année.

Plus de quinze espèces microbiennes furent isolées une à une, cultivées, puis inoculées sans résultat, puis recherchées sur le cuir chevelu de sujets non peladiques, retrouvées avec tous leurs caractères de forme, de coloration de cultures et classées définitivement hors de la pelade comme sans valeur dans cette affection.

Peut-être l'inventaire de ces microbes aurait-il quelque utilité pour

épargner à d'autres observateurs de semblables recherches stériles, et aussi pour décourager les curieux sans méthode et sans patience qui croient pouvoir en huit jours ou en deux mois, sur un cas ou sur dix à peine, trouver facilement le microbe causal d'une affection tant étudiée déjà par d'autres plus méthodiques et plus laborieux.

Cet inventaire, à cette place au moins, serait fastidieux. J'ai retrouvé successivement, je le crois du moins, tous les microbes décrits comme pathogènes par les diverses recherches antérieures. Je les ai retrouvés libres sur la peau de la tache peladique, dans la peau par grattage, sous l'épiderme, dans la sérosité des vésicatoires, sur le cheveu aussi et même dans le cheveu.

Les recherches faites dans la sérosité des vésicatoires, en particulier m'ont permis suivant des procédés techniques différents de trouver avec constance certains microbes par strates superposées successives, avec une telle régularité que je pouvais annoncer à coup sûr que tel procédé de culture me permettrait d'obtenir un certain microbe et non pas un autre.

Et une à une toutes ces recherches aboutissant d'une part à des succès d'inoculation constants, rencontraient d'autre part la preuve de leur inanité dans la recherche positive des mêmes microbes sur le cuir chevelu sain ou séborrhéique, ou dans les taches psoriasiques du cuir chevelu, ou dans les alopecies en clairière des maladies infectieuses...

Cependant l'étude bactériologique du poil peladique est à faire, ne fût-ce que pour connaître quels microbes peuvent se rencontrer en lui ou à sa surface, et dans quelles circonstances on les y rencontre. Cette étude est simple d'ailleurs et peut se résumer ainsi qu'il suit :

Le poil peladique, quand il est microbien, montre neuf fois sur dix les microbes de la séborrhée. Dans tous les cas, il peut porter certains micro-organismes qui sont toujours fréquents sur le cuir chevelu de l'espèce humaine.

Tout d'abord le cheveu peladique n'est pas toujours microbien. Et l'on peut facilement ensemer des cheveux massués, peladiques en entier, sans obtenir aucune culture. De même, dans nombre de cas l'examen microscopique de ces cheveux ne montrera aucun microbe quelconque.

Principalement les cheveux peladiques-types, ceux qui ne montrent aucune trichoptilose de leur extrémité, aucune effraction latérale, ceux dont la forme correspond exactement à notre schéma, ceux-là sont le plus souvent stériles. Cette assertion ne surprendra que ceux qui imaginent les germes extérieurs tellement nombreux à la surface du tégument qu'ils se toucheraient tous. Les observateurs qui, au contraire, ont étudié la bactériologie du cuir chevelu pour y rechercher un microbe quelconque savent que souvent un tronçon de cheveu d'un

centimètre peut ne montrer à l'examen ou à la culture aucun microbe.

Donc le cheveu peladique peut être amicrobien et il l'est souvent. C'est là déjà un point important.

Presque toujours au contraire les cheveux qui présentent des lésions accessoires superposées à l'atrophie progressive qui est leur lésion élémentaire, ceux qui montrent une extrémité ébarbée, des éraillures latérales, des fissures, ceux-là sont microbiens.

On peut y trouver les micro-organismes les plus divers; il me semble cependant que ceux qu'on y trouve avec quelque régularité sont au nombre de six :

- 1° Une levûre blanche;
- 2° Une levûre jaune;
- 3° Un bacille subtiliforme (1) (*Bacillus mesentericus* ?);
- 4° Un bacille en forme de navette très difficilement colorable (2);
- 5° Un *micrococcus* spécial que nous désignerons provisoirement sous le nom de *Micrococcus cutis communis*;
- 6° Enfin la spore de Malassez, *flachen bacillus* d'Unna, que nous désignerons du même nom latin : *Bacillus asciformis*.

(1) *Bacille subtiliforme. Mesentericus*? Sur agar peptonisé cultures ultra-rapides en taches de bougie, visibles après 8 heures, couvrant en 24 heures la surface du tube ensemencé. Couleur blanc jaunâtre, humide. La culture forme des plicatures transversales où elle s'adosse à elle-même, plicatures analogues aux valvules conniventes du duodénum.

Sur bouillon, dès le lendemain, trouble, voile léger, dépôt vaseux.

Liquéfie la gélatine.

La culture résiste une demi-heure à 90°. Sa spore est tuée en cinq minutes à 100°. (Distinction avec le *subtilis* vulgaire.)

A l'examen microscopique, gros bacille mobile de 5 μ de longueur sur 2 de largeur. Sporulation rapide.

Inoculations par frictions, raclages, etc., sur le tégument du cobaye. Résultats nuls. L'inoculation par injections hypodermiques donne lieu à une escarre de dimensions variables. Au-dessus de 10 cent. cubes d'une culture de 8 jours, le cobaye de poids moyen meurt avec œdème généralisé et escarre locale. Quand il survit, l'escarre s'élimine et se cicatrice.

(2) *Bacille navette*. Culture fréquente et facile. Aspect très caractéristique sur milieux solides; elle est d'un blanc jaunâtre, ridée en tous sens, sèche. Elle couvre rapidement la strie d'inoculation sur 3 à 4 millimètres de large.

Sur bouillon, pas de trouble, mycoderme épais, mamelonné, finement ridé, très solide et difficile à immerger.

Coloration difficile, les couleurs basiques d'aniline ne colorent que les contours du bacille ou ses amas.

Le bacille a exactement la forme d'une navette à pointes mousses (2 μ de long, 1 μ demi de large). Retrouvé sur cuir chevelu sain, dans l'alopécie syphilitique, le psoriasis, la pelade, etc.

Une espèce similaire à culture brune, colorant le milieu de culture, a été également observée.

Inoculations nulles.

Nous n'étudierons que ces deux derniers, et très brièvement, parce que tous les deux se rencontrent chez tous les séborrhéiques, qu'ils soient ou non atteints de pelade.

I. — *Micrococcus cutis communis*. — C'est un coccus agminé en staphylocoque, et de dimension un peu inférieure aux staphylocoques blanc et doré.

La culture de l'épiderme et du cheveu peladiques le donne très fréquemment. Mais pour l'obtenir à coup sûr, il suffit de broser un cuir chevelu séborrhéique au-dessus d'une boîte de Petri un instant ouverte : toutes les squames tombées en donneront une culture.

Ce microcoque pousse sur les milieux neutres ou mieux légèrement acides, moins bien sur gélose simple que sur agar glyciné, où il exhale une odeur d'acide butyrique infecte.

Ce coccus ne liquéfie pas la gélatine (Bodin). Il est colorable par toutes méthodes et la méthode de Gram.

Sa culture en strie donne lieu à une étroite culture linéaire grisâtre d'un millim. de large. Inoculé en surface il pousse sous la forme de petites colonies opalescentes, très analogues aux cultures de streptocoques, mais plus fines et plus blanches, qui ne dépassent guère un millim. de diamètre.

L'inoculation par scarifications à la peau du cobaye réussit quelquefois sur les cobayes blonds et donne lieu à une desquamation furfuracée, blanche, extensive d'où on peut le retirer après plusieurs semaines.

En inoculations hypodermiques au cobaye et même intra-veineuses au lapin, il n'a donné lieu à aucune lésion.

Sans que j'aie poursuivi jusqu'au bout l'étude de ce microbe, sa constance absolue dans le pityriasis capitis, constance que Bodin a retrouvée dans les eczémas flanelleux, semble indiquer au moins une part de rôle actif dans la séborrhée vulgaire.

Il est certain, en tous cas, qu'aucune recherche sur les microbes de la séborrhée ne pourra négliger celui-là.

II. — *Spore de Malassez. Flachen bacillus d'Unna*. — *Bacillus asciformis*. Spore de Malassez, bacille-bouteille d'Unna, bacille en flacon-ballon de Hodara : tous ces noms désignent le même microbe énigmatique, très fréquent sur le cuir chevelu et jusque dans le cheveu peladique fracturé, mais commun aussi dans la séborrhée et l'eczéma séborrhéique (1).

Il faut le trouver à l'examen microscopique, car sa culture est d'une difficulté d'obtention extraordinaire et c'est après six mois d'étude spéciale que nous sommes arrivés à en obtenir des cultures fertiles.

Donc il est fréquent dans la pelade, on l'y rencontre particulière-

(1) Sa présence constante dans l'embouchure du comédon a été signalée par Hodara.

ment dans les orifices pilaires vides, et dans les fissures de clivage du poil peladique.

De là les nombreuses méprises auxquelles sa présence a donné lieu.

C'est la spore « de la Pelade » de Malassez, c'est aussi, à n'en pas douter, le récent « *Trichophyton rodens* » du *Centralblatt*. C'est encore le microbe que M. Audrain, ici même, il y a peu de mois, incriminait à nouveau comme le microbe spécifique de la maladie.

Il est dans la destinée de ce microbe presque inoffensif de jouer tous les cinq ou six ans le rôle du microbe de la pelade, mais dans les feuilles scientifiques seulement.

Ce microbe asciforme, morphologiquement très bien décrit par Malassez sous toutes les formes : sphériques, oblongues, bourgeonnantes qu'il peut présenter, est facilement colorable. Il peut d'ailleurs se voir même sans coloration. Ses formes étranges et polymorphes et sa dimension (2 à 5 μ) le désignant au premier coup d'œil à l'observateur.

Sa culture a été obtenue par MM. Unna. Engmann et Hodara, deux ou trois fois sans qu'ils aient pu la reproduire. Nous en avons à notre laboratoire des cultures sériees que nous sommes parvenu à réensemencer facilement.

Nous avons obtenu ses cultures identiques de la pelade, de l'acné-comédon, de l'eczéma séborrhéique, c'est dire qu'il n'est pas le microbe spécifique de la pelade.

Ses cultures en milieux liquides affectent la forme d'un dépôt de sable fin au fond du bouillon non troublé.

Sur milieux solides, elles prennent la forme d'une fleur à pétales radiés minuscules, chaque colonie ne dépassant pas un millim. et demi de diamètre.

Ses cultures ne peuvent être réensemencées que sur milieux liquides pendant les cinq ou six premières générations. Il faut le cultiver dans le milieu suivant qui peut être utilisé liquide ou solidifié par l'agar.

Milieu de culture du <i>B. asciformis</i> . <i>Flachen-bacillus</i> (Unna)	Moût de pomme de terre (1).....	70 gr.
	Urine humaine.....	30 "
	Glycérine.....	4 "

(1) Le moût de pomme de terre s'obtient de la façon suivante :

Les pommes de terre sont épluchées puis râpées. Leur pulpe est passée à la presse et le jus exprimé est passé tel quel à l'autoclave à 120°.

A la sortie de l'autoclave on la filtre sur papier, et on le répartit dans des vases hauts et étroits contenant du noir animal q. s. pour décolorer.

Les bouteilles sont aussitôt stérilisées à l'autoclave et laissées au repos pendant huit jours. Après ce temps le liquide est devenu parfaitement clair. On le décante, on y mélange la proportion d'urine fraîche et de glycérine indiquée par la formule. Et le tout ainsi mélangé est filtré à la bougie Chamberland et réparti aseptiquement

Dans la pelade et l'eczéma séborrhéique nous avons obtenu sa première culture par l'ensemencement parcellaire direct des atomes de squames séborrhéiques ou de cheveux peladiques en milieu liquide.

Mais ce procédé fait d'innombrables cultures souillées et d'autres stériles pour une vivante et pure d'emblée. Nous avons ensuite utilisé pour extraire ce même microbe de l'acné-comédon le procédé de M. Unna (stérilisation superficielle du comédon par l'acool) qui nous a donné d'excellents résultats.

Ce microbe, à sa naissance dans la culture, est un microbe-bacille d'un demi μ de large et de un μ de long, qui en quelques jours passe sans transition à des formes de souffrance et d'involution énormes, identiques à celles que l'on rencontre sur la peau, et même plus développées et plus difformes.

Ce microbe est d'un intérêt théorique très grand, car il reproduit les formes d'involution bien connues chez le bacille de Koch (Hueppe) et reproduites par M. Metchnikoff avec le vibron cholérique.

Au point de vue expérimental son intérêt n'est pas moindre, car l'inoculation sous-cutanée de ses cultures ou de ses toxines cause non pas toujours, mais fréquemment chez le cobaye une alopecie diffuse analogue à l'alopecie en clairière de l'homme.

Son rôle dans la séborrhée n'est certainement pas plus négligeable que le rôle du micro coccus précédent, car sa présence dans les squames séborrhéiques est constante; et l'étude attentive de ses inoculations expérimentales pourrait faire incriminer l'action de ses toxines dans l'alopecie progressive des séborrhéiques.

Quoi qu'il en soit, si ce microbe en lui-même est intéressant, il est évident que sa constance dans l'eczéma séborrhéique et dans les éléments de l'acné, fait que j'ai vérifié après Hodara, lui enlève tout rôle possible dans la pelade. Et c'est le seul point qui importe ici.

En concomitance avec les divers microbes que nous venons de mentionner, on en peut trouver bien d'autres de moindre intérêt encore dans ce sujet. Sur chacun de ces micro-organismes, et sur ceux mêmes que nous ne mentionnons pas, nous pourrions ajouter bien des détails, inutiles ici.

Nous résumerons nos résultats en disant qu'après une année d'études bactériologiques comparatives sur les maladies les plus diverses du cuir chevelu, on voit que tous les microbes rencontrés dans le cheveu peladique ou à sa surface sont banals, sont communs à des affections qui n'ont aucune parenté proche ou lointaine avec la pelade, n'ont aucune toxine peladogène pour les animaux, qu'ils ne

dans des vases stérilisés au préalable. Il est de nécessité d'obtenir ce liquide stérile par filtration, car tout passage à l'autoclave y détermine des précipités.

Le liquide est d'une couleur urineuse pâle, parfaitement limpide.

peuvent en aucune façon être incriminés dans la genèse de la maladie.

L'histologie de cheveu de la pelade aurait pu à l'avance faire prévoir ce résultat. C'est un cheveu atrophié conséquemment à l'agonie lente de sa papille formatrice. Parce qu'il est altéré, il se trouve en prise à tous les microbes locaux qui profitent d'érosions traumatiques déjà faites.

Ainsi le cheveu peladique, qui reste souvent stérile, ne devient-il microbien qu'accidentellement.

CONCLUSIONS

Le travail qui précède est surtout un travail préalable de déblai. Il condamne à la relégation un certain nombre d'idées vieilles, sinon communes à tous, au moins communément accréditées.

Parmi ses résultats positifs, plusieurs sont immédiatement applicables au diagnostic clinique de la maladie ; tous nous montrent la voie de recherches qu'il faut suivre pour trouver sa cause. Dans un prochain mémoire nous étudierons donc *l'histologie du tégument atteint de pelade*.

Avant de commencer ces recherches souterraines, résumons brièvement ce que notre étude à ciel ouvert nous a fait connaître.

I. — La pelade vulgaire est une maladie contagieuse.

II. — L'extension de la pelade, en tous les points où elle se produit, dans la mesure où elle se produit, est signalée par l'apparition d'un cheveu de forme spéciale qui est *le cheveu peladique massué*.

III. — Ce cheveu naît avec la maladie elle-même, disparaît en même temps que cesse la phase extensive de la maladie, pour reparaître avec elle. Partout où on le rencontre il signale une pelade en activité *présente*. Et là où la maladie est active, jamais il ne manque.

IV. — De ce fait l'importance du cheveu peladique est considérable, au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique.

V. — L'examen microscopique de ce cheveu montre que sa forme spéciale est due à une atrophie progressive de la papille qui l'a formé.

VI. — Le seul examen histologique du cheveu sépare donc nettement la pelade de toutes les teignes cryptogamiques, car il accuse des lésions intra-tégumentaires profondes dont les lésions pilaires ne sont que la conséquence et la révélation extérieure.

VII. — L'infection microbienne du cheveu peladique est loin d'être constante.

VIII. — Les microbes qui se rencontrent dans ce cheveu :

a) Sont divers ;

b) Sont connus comme des hôtes habituels du cuir chevelu non peladique;

c) Ne se rencontrent que sur des cheveux peladiques témoignant d'une altération papillaire antérieure à l'invasion microbienne du cheveu.

IX. — En conséquence, aucun de ces microbes, presque tous décrits par divers auteurs comme spécifiques de la pelade, ne saurait avoir dans la maladie l'importance d'un microbe causal.

X. — Cette première étude, en prouvant l'existence de lésions tégumentaires profondes dans la pelade, interdit toute hypothèse sur la genèse de la maladie, tant que ces lésions tégumentaires ne sont pas histologiquement étudiées. Elles seules, par leur nature et leur ordre de succession, pourront permettre une hypothèse rationnelle touchant les causes premières de la maladie.

NOTE

SUR UN CAS CURIEUX DE LYMPHANGIECTASIE CUTANÉE
AVEC LYMPHORRHAGIE VÉGÉTANTE ET ÉLÉPHANTIASIS

Par le professeur **A. Malherbe** et le Dr **H. Malherbe** (de Nantes).

(Planche I)

Les annales de la médecine sont déjà assez riches en documents relatifs à l'histoire des lymphangiectasies cutanées.

Les cliniciens et les anatomo-pathologistes ont tenté dans maints travaux intéressants d'en définir les symptômes et d'en rechercher l'étiologie. Mais loin d'être complètement élucidée malgré tant d'efforts, cette question présente encore bien des inconnues.

La pathogénie des varices lymphatiques n'a été qu'ébauchée pour ainsi dire, et les descriptions histologiques de ces curieuses lésions sont rares. Elles sont presque toutes dues aux Allemands; en France on n'en trouve aucune avant le mémoire de Chipault (1889, *Arch. gén. méd.*).

Aussi voulons-nous profiter du hasard qui nous a permis d'observer un cas de cette bizarre affection, pour en faire dans la mesure de nos forces, une étude aussi complète que possible.

OBSERVATION. — Le 3 février 1893, se présente à nous une jeune fille de 18 ans et demi, nommée Joséphine G... Elle réclame nos soins pour une éruption vésiculeuse et suintante, siégeant aux organes génitaux externes et à la face supéro-interne de la cuisse gauche.

Les antécédents de cette malade sont bons, et ne permettent de relever aucune tare pathologique familiale ou personnelle.

Le début de l'affection remonte à deux ans. A la suite d'une légère écorchure produite au niveau de la racine du membre gauche par le corset de la malade, alors qu'elle franchissait un petit mur, il se développe une éruption très curieuse de véritables petites verrues ou végétations.

Ces végétations sont transparentes et varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de froment. Elles rendent en quantité un liquide analogue à de la lymphe.

On en excise deux ou trois pour les examiner. La douleur est modérée, mais l'hémorrhagie est abondante.

Comme traitement, on conseille des cautérisations au perchlorure de fer, suivies de poudrages à l'oxyde de zinc. Ce traitement reste sans effet.

Un mois après environ (10 mars 1893) l'état ne s'étant pas sensiblement modifié, on pratique avec une pointe fine de thermocautère, la cautérisation de trois des petites tumeurs verruqueuses.

La lymphorrhagie semble persister malgré cette intervention. Ce n'est qu'un mois plus tard que les végétations sont remplacées par une petite cicatrice punctiforme, blanchâtre, qui ne donne lieu à aucun suintement. Depuis lors, encouragés par ce résultat, nous fîmes, après avoir endormi la malade au chloroforme, une cautérisation aussi complète que possible de toutes les végétations existantes.

Avant d'opérer, la lésion fut photographiée par le professeur Ménier (1), puis une certaine quantité de lymphes fut recueillie par M. le professeur Rappin pour l'examen bactériologique.

Malgré cette tentative, la maladie ne s'amende que faiblement. De nouvelles végétations viennent remplacer celles qui avaient été détruites par le feu, et le membre inférieur gauche reste toujours fortement œdémateux et un tiers plus gros que son congénère.

Au niveau de la vulve, au contraire, c'est la grande lèvre droite qui présente le plus de lésions.

Voici maintenant avec quelques détails, la description des éléments constitutifs de cette étrange dermopathie, dont nous venons d'indiquer la topographie.

On les observe le plus aisément au pli de l'aîne et sur le ventre, au-dessus du mont de Vénus. C'est là qu'on peut voir leur mode d'apparition.

En regardant attentivement la peau encore peu altérée de ces régions, on y voit de petites saillies sinueuses, demi-transparentes, tout à fait comparables au dessin d'un cours d'eau sur une carte de géographie; ce sont des lymphatiques superficiels dilatés. Sur le trajet de ces petits fleuves, on voit des vésicules ayant exactement l'aspect de sudamina, et variant comme grosseur depuis la limite de la visibilité, jusqu'au volume d'un grain de chènevis. Lorsque l'éruption progresse, on voit que ces vésicules sont multiloculaires, elles atteignent ainsi la grosseur d'un pois vert et peuvent se réunir, formant ainsi par confluence de grosses végétations. Dans les points où les végétations ont acquis ce volume, la peau sous-jacente est œdématiée, aux grandes lèvres notamment, elle est rouge et chagrinée comme une peau d'orange.

Revenons aux plus volumineuses végétations. Les cloisons qui les subdivisent se congestionnent ainsi que la peau qui leur sert de base, de sorte qu'elles arrivent à être roses et à prendre sur les grandes lèvres, une couleur voisine de celle des végétations simples. Elles restent cependant toujours un peu pâles, et présentent une translucidité très nette, que l'on ne trouve pas dans les papillomes muqueux.

Quand on vient à piquer soit une vésicule isolée, soit une végétation résultant de la confluence de plusieurs vésicules, on voit apparaître une goutte de lymphes claire ou rosée, qui bientôt s'écoule le long de la cuisse et continue à couler indéfiniment à peu près comme cela s'observe quand on traite par l'acupuncture des jambes très œdématiées.

Alors même que les vésicules ne sont point piquées volontairement, elles se crèvent, soit par suite du frottement des vêtements soit par suite

(1) Nous remercions M. Ménier de la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition son habileté remarquable en matière de photographie, nous lui devons toutes les épreuves qui ornent ce travail.

de l'amincissement de l'épiderme. Il en résulte que la vulve et les faces internes des cuisses sont toujours baignées de liquides, comme si la malade était atteinte d'une incontinence d'urine. Que l'on ajoute à ce tableau les lésions irritatives résultant de la macération des tissus, et l'on pourra se faire une idée de la singulière dermatose offerte par notre malade.

Le 3 mars 1895, nous revoyons de nouveau cette jeune fille : son état est stationnaire, on ne peut noter le moindre changement. Le médecin traitant habituel a essayé l'iodure de potassium; ce remède ne semble pas produire d'amélioration sensible.

Au 6 mai 1895, l'aspect des téguments est le même. Dans la direction du pli de l'aîne à droite, on voit dessinées sous la peau, les traînées lymphatiques que nous avons déjà signalées. Elles mesurent 10 centim. de long et portent des vésicules analogues à des sudamina. Du côté gauche dans le point symétrique, il existe un état semblable des lymphatiques mais plus diffus.

La limite supérieure de ces altérations lymphatiques est exactement à 3 centim. au-dessus du mont de Vénus. La vulve est œdématisée en masses; la grande lèvre droite est toujours plus grosse que sa congénère; c'est là un véritable éléphantiasis avec pachydermie. Sur la cuisse gauche, on voit encore nettement les cicatrices laissées par les cautérisations antérieures; elles forment des mamelons blancs, gros comme des piqûres de sangsues. Ce membre est toujours œdémateux, éléphantiasique. Voici quelques mensurations prises à cette époque :

	CENTIMÈTRES
Cuisse gauche à 5 centim. au-dessus du genou.....	55
Cuisse droite au-dessus du genou.....	37
Haut de la cuisse gauche.....	58
— droite.....	48

Le 15 juillet 1895. A cette visite nous constatons une légère amélioration. Depuis quinze jours l'iodure de potassium a été cessé; et alors on a essayé le traitement par la compression. Tous les jours on fait très exactement un bandage roulé sur la jambe malade, partant de la cheville et remontant jusqu'à la racine du membre.

De nouvelles mensurations donnent le résultat suivant :

	CENTIMÈTRES
Mollet gauche.....	35
— droit.....	33
Genou gauche.....	37
— droit.....	33
Cuisse gauche, partie moyenne.....	47
— — racine.....	51
— droite, partie moyenne.....	41
— — racine.....	46

L'œdème existe à partir des malléoles, le pied n'est pas enflé.

La malade endormie au chloroforme, on pratique d'abord une BIOPSIE de

la grande lèvre gauche; puis on recueille de la lymphe et du sang de la malade pour en refaire l'examen bactériologique; enfin on fait des pointes de feu de 3 centim. de profondeur sur les grandes lèvres avec une fine pointe de thermocautère.

Le 30 septembre 1895, la malade revient se montrer. Il y a une véritable transformation au point de vue de l'état local. Les végétations ont beaucoup diminué; il n'y en a plus que quelques petites à la partie inférieure des grandes lèvres. On note encore quelques petites vésicules sur le mont de Vénus, les grandes lèvres et la trainée déjà citée de la région abdominale. Les grandes lèvres sont toujours œdémateuses, surtout la droite. La jambe gauche est toujours éléphantiasique.

Pour la première fois nous apprenons que la malade a eu à plusieurs reprises des accès de fièvre la forçant à s'aliter et s'accompagnant de vastes placards rouges un peu douloureux et œdémateux, disséminés sur le membre inférieur gauche. Il s'agit peut-être là de poussées de lymphangite?

L'état général est médiocre, il existe un peu d'anémie.

Le traitement conseillé est: continuer la compression, et prendre du fer à l'intérieur sous forme de perchlorure. On fait une nouvelle prise de sang et de lymphe pour l'examen bactériologique.

RÉFLEXIONS. — Sous bien des rapports, cette observation concorde avec toutes celles qui ont été publiées sur ce sujet; nous retrouvons là tous les caractères qui ont été indiqués comme symptomatiques des lymphangiectasies: le siège qui est le plus souvent aux membres inférieurs et aux organes génitaux; les dilatations des troncs avec leur semis de vésicules; la coloration normale ou un peu rosée de la peau; enfin le grand signe pathognomonique: l'écoulement de lymphe, continu ou intermittent; enfin l'œdème éléphantiasique toujours signalé dans les cas analogues au nôtre. Mais, où l'histoire de notre malade devient moins banale c'est d'abord dans la tendance végétante des vésicules. Nulle part nous n'avons vu nettement indiquée ou décrite cette confluence des vésicules arrivant à former de véritables petites tumeurs frambœsiformes; elles ont une analogie complète, comme nous l'avons déjà dit, avec les végétations simples, si l'on excepte toutefois leur translucidité, qui n'existe pas dans les papillomes muqueux.

Le second trait de cette histoire clinique méritant d'attirer l'attention, porte sur l'œdème éléphantiasique.

Tous les auteurs certes l'ont noté, mais bien peu se sont occupés d'en approfondir l'origine. Les uns ont signalé le rapport qui existe entre cet œdème éléphantiasique et les érysipèles à répétition qui finissent par entraîner un véritable processus morbide chronique des vaisseaux lymphatiques, les autres se sont bornés à invoquer les altérations des nerfs de la peau comme point de départ de cet œdème.

Si dans bien des circonstances cette origine peut être réelle, nous ne croyons pas qu'il faille toujours l'incriminer, et la présence de

microbes pathogènes pourrait sans doute suffire à expliquer cette singulière pachydermie.

Un habile observateur (1) en effet a démontré que chez des sujets atteints d'ulcération de nature variqueuse ou autre, des membres inférieurs avec œdème chronique, on voyait survenir à certains moments de véritables lymphangites.

Ces lymphangites sont caractérisées par des trainées ou des placards rougeâtres œdémateux occupant le membre affecté, et s'accompagnant d'une fièvre assez vive, pour obliger le patient à prendre le lit. Au bout de deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre. Étudiant systématiquement ces faits, l'auteur précité a toujours rencontré dans les examens bactériologiques du sang, le streptocoque. Il faut aussi ajouter que souvent ces malades avaient eu des érysipèles à répétition.

Nous serions donc tentés, sans vouloir trancher prématurément la question, d'attribuer chez Joséphine G..., l'œdème du membre inférieur à une cause analogue. Chez elle nous n'avons pas relevé d'érysipèle, mais elle a eu à son dire, des poussées de lymphangite analogues à celles que nous venons de mentionner et, de plus, on a trouvé dans son sang des germes capables de les expliquer, ainsi que le montrera la suite de cette étude.

Pourquoi n'admettrait-on pas alors, pour expliquer le rôle du streptocoque ou de toute autre bactérie un processus morbide analogue à celui que provoque la filaire du sang, cause habituelle de l'éléphantiasis des Arabes? En lésant d'abord les vaisseaux lymphatiques, le parasite, streptocoque, bacille ou filaire apporte un trouble ou un obstacle à la circulation de la lymphe; il en résulte un œdème lymphatique, puis une prolifération embryonnaire périvasculaire et enfin l'hyperplasie conjonctive, et voilà l'éléphantiasis constitué.

Voici maintenant l'examen histologique des fragments enlevés à notre malade :

Un certain nombre de végétations ont été enlevées pour en pratiquer l'examen histologique; nous avons également profité du sommeil anesthésique de la malade, pour enlever un petit fragment de la peau de la vulve (grande lèvre gauche), pour rechercher si l'on y trouverait des lésions particulières.

VÉGÉTATIONS. — Les morceaux les plus volumineux que nous ayons examinés, présentent à peu près le volume d'un haricot.

La surface en est inégale et mamelonnée, de sorte que sur une végétation représentant environ un centimètre on peut trouver une dizaine de saillies arrondies et légèrement rugueuses.

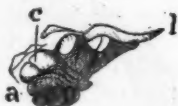
(1) SABOURAUD. *Éléphantiasis nostras*. *Ann. Derm. et Syph.*, 1889.

Les coupes examinées à l'œil nu présentent l'aspect que nous avons essayé de reproduire fig. 1, en grandeur naturelle.

On voit qu'au-dessous de l'épiderme, les coupes sont trouées par un certain nombre de petites pertes de substance dont les unes sont

FIG. 1. — Coupe grandeur naturelle.

En *L.*, Épiderme aminci; *B.*, Collodion; *A.*, Point correspondant à la même lettre de la fig. 2 et indiquant où l'on a fait la coupe; *C.*, Cavités lymphatiques.



dues à des accidents de préparation, tandis que les autres sont la coupe des dilatations lymphatiques qui caractérisent la maladie.

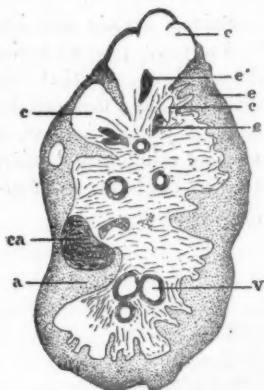


FIG. 2. — La même à un faible grossissement: obj. 2, oc. 1 Véric. 1.

C., Cavités lymphatiques; *E.*, épiderme; *E'*, Lambeaux épidermiques déchirés adhérents aux parties profondes; *C.*, *A.*, Cavité lymphatique remplie d'un contenu granuleux; *V.*, Vaisseaux; *A.*, Point *A* de la fig. 1.

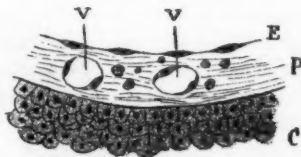


FIG. 3. — Détails du point *A* à un plus fort grossissement: obj. 7, oc. 1 Véric.

E., Endothélium d'une dilatation lymphatique; *P.*, Lambeaux de tissu conjonctif aplati séparant encore l'épiderme de l'endothélium lymphatique et contenant des vaisseaux *V* ainsi que des cellules migratrices dont on voit les noyaux; *C.*, Corps de Malpighi.

A un faible grossissement (50 D) on peut se rendre compte que partout l'épiderme est respecté, seulement il est réduit en quelques points, à une couche extrêmement mince par suite du tassement et de l'atrophie du corps muqueux de Malpighi.

La lésion fondamentale paraît siéger dans les papilles du derme.

Elle se présente sous forme de grandes cavités tapissées par un endothélium aplati, et résultant évidemment d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques.

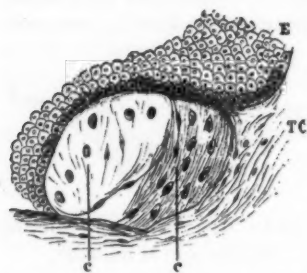


FIG. 4. — Détails de la paroi endothéliale d'une cavité lymphatique. Obj. 6, oc 1. Véric..

C., Cavité munie de son endothélium qui est resté sur la coupe comme un voile membraneux excessivement mince, muni de noyaux ; E., Epithélium cutané ; T. C., Tissue connectif.

Tantôt ces cavités sont vides, tantôt elles sont remplies plus ou moins complètement d'une masse granuleuse, grisâtre, tantôt presque amorphe, tantôt présentant cet aspect des tissus en dégénérescence que nous avons décrit jadis sous le nom de dégénérescence *mycéloïde* (*Arch. de physiologie*, 1879). Outre cette substance grisâtre, on trouve dans certaines cavités des leucocytes à noyaux plus ou moins colorables ; des granulations graisseuses et aussi des cellules endothéliales parfois isolées, le plus souvent réunies de manière à former des lambeaux extrêmement fins et d'un aspect fort élégant (fig. 4).

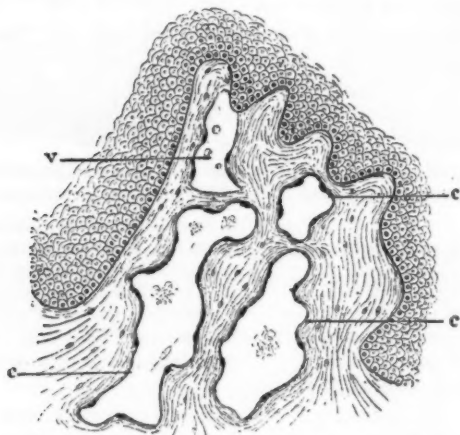


FIG. 5. — Vue d'ensemble de cavités lymphatiques en voie de formation.

C. C., Cavités lymphatiques ; V., Probablement vaisseau sanguin.

Lorsque les dilatations lymphatiques que nous venons de décrire sont très développées, elles peuvent présenter des irrégularités de

forme; mais elles ne nous ont pas paru cloisonnées. Lorsqu'au contraire elle sont petites et en voie de développement, elles présentent un grand nombre de petites cloisons tapissées d'endothélium. Il est probable que ces cloisons se rompent quand la cavité prend un développement suffisamment considérable. Dans des points qui nous ont permis de suivre le processus, ces cloisons étaient encore très épaisses (fig. 5).

Outre ces dilatations qui représentent la lésion propre de la maladie, on peut constater dans la peau, les lésions accessoires suivantes :

1° *Épiderme*. — Dans les points les plus avancés, l'épiderme est réduit à une mince couche de cellules indistinctes, et on voit que la rupture de la vésicule est imminente. Dans les points moins malades on peut distinguer les diverses parties de l'épiderme : couche granuleuse généralement assez nette, corps de Malpighi plus ou moins aplati ou atrophié par la pression de dedans en dehors. Enfin dans les parties où la structure de la peau est encore respectée, il y a une véritable hypertrophie des cellules du corps muqueux de Malpighi. Un certain nombre d'entre elles sont à l'état vésiculeux. Les cellules de la couche génératrice sont fortement tassées les unes contre les autres, cependant le carmin aluné n'y montre pas de figures mitotiques bien nettes. Nous n'en n'avons pas rencontré non plus sur une préparation au vert de méthyle; mais il convient d'ajouter que ces colorations ont été faites sur des coupes anciennes et peut-être insuffisamment fixées. La couche granuleuse est tantôt très épaisse, tantôt aplatie et comme atrophiée.

2° *Dermis*. — Le tissu propre des papilles présente diverses lésions non moins intéressantes que celles de l'épiderme.

1° Dilatation des vaisseaux sanguins dont quelques-uns sont remplis de globules.

2° Altération du tissu fibrillaire de la papille qui est devenu jaune et extrêmement granuleux et qui est infiltré d'un grand nombre de cellules rondes et fusiformes. Enfin nous devons y signaler la présence de nombreuses cellules fortement pigmentées. Ces altérations chroniques peuvent se résumer ainsi : irritation des vaisseaux sanguins; dégénération granuleuse partielle du tissu conjonctif du derme; infiltration de ce tissu par des cellules fusiformes et du pigment; enfin dilatations lymphatiques. Les dilatations lymphatiques ne sont faciles à reconnaître que quand elles ont atteint un certain développement. Dans nombre de points, il est difficile de les distinguer des capillaires sanguins. Au point de vue de leur topographie elles existent tout d'abord dans les papilles, mais quand elles ont acquis un développement suffisant elles s'étendent au derme où on les rencontre jusqu'à une profondeur difficile à préciser; en tout cas, ce sont

les plus superficielles qui sont les plus volumineuses. Ces lacunes lymphatiques sont tapissées sur toute leur surface interne par un endothélium très élégant et probablement peu adhérent, visible soit sous forme d'une bordure de cellules en fuseau, soit sous forme de débris membranoux très délicats munis de noyaux très transparents quand on les voit de face et légèrement fusiformes quand on les voit de profil. Les rapports des dilatations lymphatiques avec les papilles du derme, sont fort intéressants : on voit la cavité lymphatique se distendre peu à peu en refoulant vers le corps muqueux de Malpighi une petite lame de tissu de la papille (fig. 3). Dans cette lame, on peut voir des vaisseaux plus ou moins aplatis. Après avoir résisté

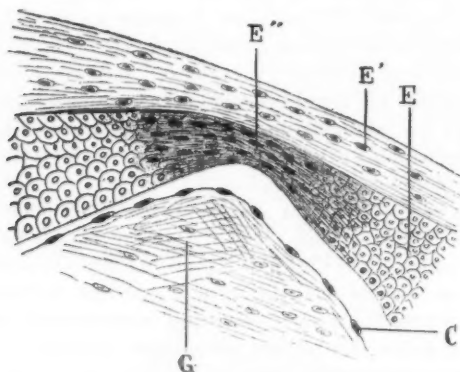


FIG. 6. — Altérations de l'épiderme au niveau d'une vésicule lymphatique.

C., Endothélium tapissant la cavité lymphatique. Les hasards de la préparation l'ont éloigné de l'épiderme dans tout le côté droit du dessin; *G.*, Substance granuleuse contenue dans la cavité lymphatique; *E.*, Corps de Malpighi à peu près normal; *E'*, Épiderme; *E''*, Cellules du corps muqueux de Malpighi comprimées et ayant l'aspect de cellules fusiformes.

pendant un certain temps, cette lame, reste du tissu papillaire, finit elle-même par disparaître ou tout au moins par devenir indistincte. Alors l'endothélium de la lacune lymphatique vient s'appliquer directement contre le corps muqueux de Malpighi. Nous avons observé ce fait très nettement sur une préparation au carmin aluné (fig. 6).

A ce moment l'épiderme est séparé du derme, l'état vésiculeux est constitué. Bientôt la pression excentrique du liquide continuant son œuvre, l'épiderme se trouve réduit à une mince couche homogène, prête à se rompre au moindre contact.

Si nous essayons de nous rendre compte du mode de formation de ces lacunes, nous voyons qu'elles sont dues parfois à la dilatation

pure et simple d'un capillaire lymphatique mais le plus souvent, il nous a semblé qu'un certain nombre de petites lacunes voisines se réunissaient pour en former une grande. C'est ce qui explique les cloisons multiples observées dans certaines préparations. Nous avons dessiné (fig. 5) quelques-unes de ces dilatations séparées par des cloisons connectives encore assez épaisses, mais destinées à disparaître pour laisser les diverses cavités se fusionner et en former une grande.

L'observation des dilatations lymphatiques à la période du début est difficile, parce que l'on est embarrassé pour distinguer les vaisseaux lymphatiques des vaisseaux sanguins.

3^e Peau. — En examinant des coupes de la peau enlevée au voisinage des parties malades on y trouve pour ainsi dire le rudiment des lésions observées sur les végétations elles-mêmes. On rencontre des espaces lymphatiques très dilatés et des vaisseaux sanguins entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Les autres parties du tissu, papilles, glandes sébacées et sudoripares, bulbes pileux ne présentent pas d'altérations notables ; il en est de même du corps muqueux de Malpighi.

Dans certaines préparations colorées à la thionine phéniquée, nous avons rencontré un certain nombre de mastzellen, éléments dont on a, croyons-nous, exagéré l'importance.

BACTÉRIOLOGIE. — Dans le laboratoire du professeur Rappin guidé et aidé par les conseils de ce maître si compétent en pareille matière, nous avons tenté quelques recherches bactériologiques (1).

L'examen bactériologique de la lymphe et du sang recueillis aseptiquement a donné les résultats suivants :

1^o La lymphe examinée à quatre reprises différentes a montré trois fois la présence :

- a) d'un bacille spécial non décrit ;
- b) d'un streptocoque ;
- c) d'un tétragène.

Au quatrième examen les deux derniers organismes seuls existaient.

2^o Le sang renfermait aussi ce streptocoque et ce tétragène ; mais pas le bacille.

Dans les préparations extemporanées de la lymphe, le bacille était en bien plus grande quantité que les deux autres germes.

Dans les cultures sur gélose faites avec cette même lymphe, on obtenait constamment les trois espèces de microorganismes.

Dans les préparations extemporanées du sang, on n'a trouvé que le streptocoque et le tétragène.

(1) Nous remercions M. Fillion, notre ami et très distingué préparateur du cours de bactériologie, pour le précieux concours qu'il nous a prêté dans cette étude.

CARACTÈRES DISTINCTIFS DES TROIS GERMES. — 1° *Streptocoque*. — Isolé sur gélose en stries, le streptocoque présentait des colonies légèrement glaireuses, peu adhérentes au milieu de culture ; mais non dissociées comme pour le streptocoque de l'érysipèle par exemple.

Coloré par les méthodes ordinaires, il présentait des chaînettes très fines, très régulières à grains beaucoup plus petits que le streptocoque de Fehleisen. Ces grains semblaient entourés d'une auréole, ou mieux d'une capsule, un peu à la façon du pneumocoque. Comme il arrive fréquemment pour le streptocoque, cet organisme perdait rapidement sa disposition en chaînette, s'identifiant alors avec le staphylocoque.

2° *Tétragène*. — Ce tétragène ressemble à celui qui a été déjà isolé dans le laboratoire, par M. Boutron et que cet auteur a décrit dans sa thèse (1).

Les colonies ressemblent à celles du tétragène de Gafky ; mais elles offrent une belle *coloration jaune*. Ce germe se cultive bien sur tous les milieux.

3° *Bacille*. — Cette espèce nous paraît particulièrement intéressante en ce que nous n'avons trouvé son analogue en aucun traité ; aussi devons-nous la décrire en détail.

C'est un bacille un peu mobile, possédant à peine des mouvements actifs, tout au plus d'oscillations. Ce bacille possède dans les cultures au plus 2 à 6 μ de long, la largeur mesure de 0 μ ,2 à 0 μ ,3. L'épaisseur comme la longueur est du reste très variable. Dans certains points en effet, il prend des aspects renflés et comme piriformes. Le protoplasma de ce microbe ne prend pas également dans tous les points la matière colorante ; en sorte qu'il apparaît parfois comme formé de points successifs. Cet aspect est rendu très net par la méthode au tiers. (Violet

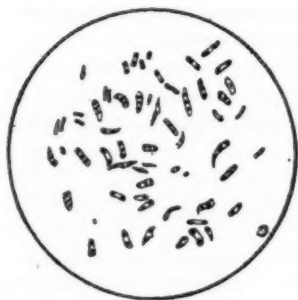


FIG. 7. — Bacille spécial.

de gentiane, bleu de méthylène, fuchsine.) Traité par le Ziehl (fuchsine phéniquée) les deux extrémités seules prennent la coloration, laissant au centre un espace clair ; mais par les acides, ce bacille se décolore très facilement.

Il prend bien la méthode de Gram, caractère très important qui

(1) Thèse faite à Nantes dans le laboratoire de bactériologie de l'école de médecine, 1893.

pourrait à la rigueur le différencier d'autres microorganismes. Par quelques-unes de ces particularités ce bacille se rapprocherait des apparences présentées quelquefois par le pseudo-diphthérique ; mais les caractères de ses cultures l'éloignent de ce dernier germe.

En effet notre bacille se cultive mal sur gélatine, où il ne présente en piqûres, par exemple, que de très maigres colonies, limitées à la surface. Sur gélose en stries au contraire, il nous donne après 24 à 48 heures à 37° des cultures tout à fait spéciales. Le long de la ligne d'ensemencement, il se forme une pellicule, ou mieux une croûte très sèche, écailleuse, d'aspect terne se brisant par endroits et ne présentant guère de chaque côté du trait qu'un ou deux millimètres au plus d'étendue. Il ne se produit pas d'adhérences avec la surface du milieu, et l'on peut en détacher facilement la culture.

Sur plaques de gélose, les colonies offrent le même caractère de sécheresse que sur gélose en stries. Ce sont de petites colonies écailleuses, ne dépassant pas la largeur d'un grain de chénevis, arrondies, finement dentelées et présentant à un grossissement de 100 D environ de petites fissures dans leur intérieur.

Dans l'intervalle des fissures, la substance même qui compose la colonie n'est pas lisse, mais présente de petites granulations.

Sur tubes de gélose en piqûres, la colonie ne pousse qu'à la surface et présente les mêmes caractères. Cultivée dans le bouillon, elle donne à la surface du liquide une pellicule fine et sèche qui atteint les bords du tube. Parvenu à son entier développement, cette pellicule se désagrège, tombe par petits grumeaux au fond du tube et ne trouble en rien le bouillon.

En cultivant ce microgerme sur gélose lactosée au tournesol de Wurtz, on n'obtient pas de fermentation lactique. La gélose reste bleue.

Ensemencé dans du lait stérilisé, il ne le coagule pas.

Le développement ne se fait pas sur pomme de terre. Son évolution est arrêtée dans le bouillon phéniqué qui sert à la recherche du bacille d'Eberth.

INOCULATIONS. — Le 6 septembre 1895, avec une culture de bouillon renfermant le bacille en question, on inocule un lapin numéroté I.

(Le pelage de cet animal est blanc, ce qui facilitera la recherche ultérieure des ulcérations cutanées sur la face interne des oreilles).

Nous inoculons par scarifications sur diverses régions du corps :

- a) Face interne de l'oreille gauche ;
- b) Muqueuse anale ;
- c) Muqueuse du gland ;
- d) Conjonctive oculaire et palpébrale.

On n'obtient aucun résultat, toutes les plaies guérissent facilement et au bout de trois à quatre jours, il n'y a plus trace des scarifications.

Ce lapin avait déjà été inoculé de la même façon dans les veines et malgré cela, n'avait offert aucune altération de la santé.

Le 7, un autre lapin désigné par le numéro 2, reçoit dans les veines de l'oreille 4 c.c. d'une culture de bouillon renfermant des colonies pures de ce même bacille. Résultat négatif.

Le 16, un troisième lapin est inoculé dans le péritoine, avec 4 c.c. de culture en bouillon de ce bacille. Toujours résultat négatif.

Le 23, une culture du bacille dans du bouillon est injectée à la dose de 1 cc.

1° Sous la peau d'une souris blanche. Les résultats obtenus sont encore négatifs.

2° Sous la peau d'un cobaye. La mort de cet animal survient le 20 octobre.

A l'autopsie on ne trouve rien de spécial à noter au niveau du point d'inoculation, pas trace d'ulcération, pas même d'inflammation dans les plans profonds. Les cavités abdominales et thoraciques ne présentent également rien de particulier, sauf toutefois au niveau du poumon où il y a, en bas et en arrière, quelques petits noyaux de congestion. Pas de liquide dans le péritoine et dans les plèvres. A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une minime quantité de sérosité claire et citrine.

Avec le sang du cœur on ensemence :

1° Un tube de gélose ; 2° Un tube de sérum. Résultats négatifs.

Enfin avec ce même sang à la dose de 1 c.c. on inocule une souris sous la peau.

Ce nouvel animal succombe le 30 octobre.

A son autopsie on constate un amaigrissement extrême. Le corps est flasque ; on ne peut trouver rien de particulier au niveau du point d'inoculation. Toutes les cultures faites avec le sang de cette souris restent négatives. Mais une nouvelle souris inoculée avec ce sang dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre, meurt en 12 heures.

A l'autopsie on ne peut trouver les causes de la mort. Les cultures faites avec le sang de cette dernière victime sont également négatives.

On inocule aussi avec 1 c.c. d'une culture de bouillon faite avec le tétragène jaune :

1° Une souris blanche sous la peau. Résultats négatifs.

2° Un cobaye. Il succombe le 30 octobre. Rien à noter à l'autopsie.

Les ensemencements faits avec le sang du cœur reproduisent les colonies de tétragène.

Enfin avec du bouillon renfermant les trois germes associés (bacille streptocoque, tétragène) on inocule :

1° Par injection sous-cutanée de 1 c.c. une souris blanche. (Cet animal est mort, mais l'observation est perdue.)

2° Par scarification un cobaye qui meurt le 4 octobre. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion au point d'inoculation ; les muscles sous-jacents sont normaux. Mais une adhérence du péritoine recouvrant le gros intestin forme une sorte de poche. Cette poche excisée laisse sourdre une petite gouttelette de pus caséux. Ce pus ensemené sur de la gélose laisse ce milieu stérile. Les autres viscères sont normaux sauf les poumons qui sont un peu congestionnés. Le sang du cœur sur gélose inclinée produit au bout de vingt-quatre heures des colonies jaunes de tétragènes et blanches crêmeuses de streptocoques.

Quelques gouttes de ce même sang inoculées à une souris ne donnent pas de réaction chez cet animal.

Reprenant enfin le lapin n° 1, nous faisons sur lui de nouvelles tentatives. Après avoir excorié les téguments à la face interne de l'oreille gauche, avec une mouche de Milan, nous déposons sur cette plaie une culture concentrée du bacille dans du bouillon.

Comme précédemment, cette nouvelle inoculation reste négative.

On injecte alors sur ce même animal, dans les veines de l'oreille gauche 4 c.c. de culture en bouillon du bacille, tandis que dans les veines de l'autre oreille on introduit une solution de glucose à 25 0/0.

Ce fut également en vain. L'animal continua à se porter très bien.

On le sacrifie alors et l'autopsie ne permet de relever aucune altération pathologique dans ses organes. Son sang recueilli aseptiquement dans le cœur et ensemené sur gélose, ne donne naissance à aucune colonie microbienne.

Des faits qui précèdent nous pouvons maintenant tirer quelques conclusions.

Dans le cas de lymphangiectasie que nous publions, comme dans beaucoup d'autres, l'origine est sans doute attribuable à une inoculation.

L'histoire clinique de notre malade paraît conduire à cette interprétation. Elle semble d'autant mieux fondée, que, dans le sang, nous avons trouvé le streptocoque et le tétragène et dans la lymphe ces deux mêmes microorganismes associés à un germe particulier, un bacille longuement étudié plus haut.

Quant à l'appréciation de la virulence et de la valeur pathogénique de ce bacille, nous serons d'une réserve extrême.

Nous dirons seulement qu'il paraît peu pathogène pour le lapin. Inoculé seul ou associé à d'autres germes, à des cobayes ou à des souris, il finit par faire succomber l'animal au bout d'un temps assez long, sans qu'à l'autopsie on puisse relever d'altération morbide nuisible. Le sang de la victime reste toujours stérile. Il est toutefois possible d'exalter la virulence de ce germe par des passages successifs

à travers des organismes différents (cobaye et successivement souris blanche).

Comment agit ce bacille ? Puisqu'il ne cultive pas dans le sang des animaux inoculés, on peut supposer que son action pathogène est due à la sécrétion d'une toxine ; mais ce n'est là qu'une hypothèse et nous nous garderons bien d'être trop affirmatifs sur ce point.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

La photographie de la vulve a été faite directement, sans agrandissement, par M. le professeur CH. MÉNIER, pendant l'anesthésie de la jeune fille. Les grandes lèvres ont été écartées par de l'ouate pour mettre en évidence la grosse masse végétante située à la partie interne de la grande lèvre droite.

On voit aussi quelques végétations discrètes sur la cuisse gauche.

Les deux photographies de colonies bactériennes représentent le bacille cultivé sur gélose.

N° 1. — Colonie donnée par le bacille ; faible grossissement : ocul. 1, obj. 2 Vêrick. Cette colonie représente le développement le plus complet que nous avons obtenu sur plaque de gélose.

N° 2. — Colonie observée sur la même plaque, faible grossissement. Cette colonie est arrivée à un moindre degré de développement.

RECUEIL DE FAITS

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA LÈPRE EN TUNISIE

UN CAS DE CETTE AFFECTION

TRAITÉ PAR LES INJECTIONS DE TUBERCULINE

Par le Dr **Arnaud.**

Nous ne pensons pas que la lèpre ait été encore signalée en Tunisie. Pendant trois années consécutives de séjour à Tunis, nous avons eu l'occasion de rencontrer cette affection, plus particulièrement dans la population italo-maltese.

Nous connaissons deux cas de lèpre mutilante : le premier chez un homme de 35 ans environ, employé dans une des grandes administrations de la ville. Ce malheureux n'a plus figure humaine ; ses doigts sont réduits à l'état de moignons. Le deuxième concerne une femme à peu près du même âge, parente du précédent à un degré assez rapproché et atteinte de lésions analogues. Dans la même famille, d'ailleurs très nombreuse et vivant sans grandes précautions hygiéniques, une troisième personne présente, depuis 5 à 6 ans, des symptômes de même nature.

Un enfant de 14 ans, sicilien d'origine, apprenti tonnelier, est porteur de lésions lépreuses à début récent : ce sont des plaques et des nodules siégeant sur le visage, les avant-bras et les jambes.

On nous a parlé aussi d'une femme musulmane, qui serait atteinte de lèpre tuberculeuse.

Ajoutons enfin à cette courte liste, le cas d'un maltais que nous avons pu étudier de plus près et que nous avons traité par les injections de tuberculine, nous en donnons ci-dessous l'observation complète.

Malgré nos recherches, il nous a été impossible de retrouver l'origine de ces diverses manifestations de lèpre. Toutefois, les parents et grands parents de nos malades sont sains.

Nous sommes d'ailleurs convaincu qu'une enquête minutieuse permettrait de découvrir à Tunis (1) aussi bien dans le milieu musulman, que dans la population italo-maltese, un nombre beaucoup plus élevé de personnes atteintes de cette affection.

OBSERVATION. — Zamite C..., âgé de 32 ans, né à Tunis, d'origine maltese, taille de 1^m,67, de constitution moyenne, exerçant la profession de

(1) Des cas de lèpre existeraient à Sousse et à Sfax (Tunisie).

tapissier; pas d'antécédents héréditaires; est marié depuis dix ans; a eu trois enfants vivants et bien portants: ceux-ci jouissent jusqu'ici de toutes les apparences d'une bonne santé, ce sont même de « beaux enfants »; leur mère est également très robuste. Les deux derniers enfants sont nés après le début de la maladie, que Zamite fait remonter seulement à 1885. Il dit avoir eu, à cette époque, et pendant six mois, des accès de fièvre, irréguliers, courts, mais très fréquents; il ressentit alors des douleurs sourdes et quelquefois térébrantes dans les deux jambes et s'aperçut que celles-ci « enflaient ». Les cuisses, les avant-bras et la face présentèrent successivement les mêmes altérations.

Voici, en quelques mots, les lésions que nous constatons chez Zamite, le 25 mai 1892.

a) Le visage est à peu près entièrement envahi: les lésions siègent principalement sur les joues, sur la lèvre supérieure et à l'angle gauche de la mâchoire inférieure; sur les ailes du nez, sur la partie médiane du front et au-dessus des arcades orbitaires. Les poils sont rares et secs au niveau des sourcils et sur les joues; la moustache est clairsemée et courte. Ce sont partout des nodules saillants, indurés, de forme et de surface irrégulières, turgescents et d'aspect rouge cuivré, avec des trainées de vascularisation qui parcourent chaque plaque; la peau, très difficile à saisir entre les doigts, est épaissie et transformée en une sorte d'œdème résistant ou plutôt de plaque dure, presque cartilagineuse. A leur niveau la sensibilité est complètement abolie, mais elle reste intacte à peu de distance de leurs bords (un à deux centimètres); on la retrouve aussi dans l'intervalle de deux plaques. Toutes les formes de sensibilité sont également émoussées (sens de la douleur, du froid, de la chaleur). L'ensemble de ces lésions donne au visage un aspect repoussant, celui du « faciès léonin ».

Les deux yeux présentent une irido-choroïdite, de nature probablement identique, avec adhérences pupillaires à la partie supérieure de l'œil gauche.

Les oreilles sont également affectées; très épaissies et rougeâtres.

Le cuir chevelu est intact, la peau paraît saine et les cheveux sont abondants.

Sur les côtés du cou, sont de petites saillies disséminées, à rebord peu marqué encore. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont pris en partie, surtout du côté gauche; aucun d'eux ne semble ramolli.

Les muqueuses n'offrent pas d'altération appréciable.

b) Au bas de la nuque, se trouve une plaque maculeuse de teinte sombre, de forme triangulaire, ayant environ 0^m,15 centimètres de diamètre; la sensibilité y est également éteinte. Autour des mamelons, existent des plaques légèrement bistrées. Partout ailleurs sur le tronc, nulle trace d'éruption ni de coloration suspectes.

c) Sur les membres supérieurs, les lésions sont nombreuses et avancées, à peu près aussi étendues des deux côtés. Au sommet de l'épaule, on constate quelques nodosités rougeâtres peu surélevées, mais moins vascularisées que celles de la face. Des saillies analogues sont clairsemées sur la partie postérieure des bras; elles sont plus confluentes en

arrière des coudes et surtout au niveau du poignet et sur la partie inférieure des avant-bras. A la face dorsale de ces régions, la peau est infiltrée, dure, transformée en larges plaques saillantes, dont quelques-unes portent, au centre, une dépression cupuliforme, trace d'une ouverture ancienne par laquelle s'échappait, dit le malade, un liquide trouble. L'absence plus ou moins complète de sensibilité est constatée en ces diverses régions; ailleurs la peau reste souple et sa coloration est normale; il en est de même sur la face palmaire de la main et des doigts. Sur la face dorsale de ceux-ci, existent de petites nodosités peu épaisses, plutôt flétries et écailleuses. Les doigts semblent légèrement atrophiés, la sensibilité y est très émoussée. Les ganglions axillaires sont pris des deux côtés.

d) C'est aux membres inférieurs que nous trouvons les lésions les plus anciennes, remontant à 6 ou 7 ans au moins.

A la partie supérieure des fesses, sur leurs faces latérales, sont des saillies isolées, rougeâtres, petites et de couleur bistrée; elles apparaissent sous la forme confluyente à la partie antéro-inférieure des cuisses, formant de véritables plaques très dures, de consistance presque cartilagineuses; quelques-unes sont recouvertes d'une croûte légère, ichthyosique. Les lésions sont plus rares sur la face postérieure.

Sur les jambes, la peau est écailleuse, d'aspect parfois cicatriciel, avec des zones de desquamation autour de la plaque. Le malade dit avoir eu, au début, un gonflement considérable des deux jambes qui s'effaça peu à peu, celles-ci « s'étant mises à couler », sur la face dorsale des pieds, on constate des nodosités analogues, dont quelques-unes à la base des orteils. Rien n'apparaît sur la face palmaire. Le membre inférieur droit présente des lésions plus nombreuses que le gauche. Les ganglions inguinaux sont tous envahis et forment une masse volumineuse et bosselée, douloureuse à la pression.

Les organes génitaux sont indemnes.

L'examen bactériologique de gouttes de sang, prélevées par piqûre au niveau des plaques de l'avant-bras et du front, a permis de reconnaître les bacilles de Hanssen.

L'état général du sujet est assez bon, l'appétit bien conservé, les fonctions digestives et intestinales normales; le cœur et les poumons paraissent sains.

Le malade accepte volontiers les injections de tuberculine qui lui sont proposées.

La température, prise pendant les trois jours qui précèdent le traitement, varie en moyenne de 36°,3 à 36°,8; le pouls oscille de 65 à 70.

Les injections de tuberculine ont été faites à des doses progressives, après dilution dans une solution phéniquée, selon la méthode de Bergman. Le point d'inoculation a toujours été le rebord vertébral de l'omoplate droite.

28 mars. *Première injection*, d'un demi-milligramme, pratiquée à dix heures du matin. La température et le pouls ont été notés de deux heures en deux heures; jusqu'au soir la température n'a pas dépassé 37°,5 (de quatre à six heures du soir), le pouls était à 72.

Le 29. Nuit bonne, le malade a dormi et n'a ressenti que quelques démangeaisons légères sur les plaques de la face. Le matin, température normale, pas d'albumine dans les urines.

Une *deuxième injection* est faite à la dose d'un milligramme à dix heures du matin. La température est de 37°,7 à neuf heures du soir, pouls à 75; démangeaisons sur le visage, les membres supérieurs et inférieurs; légère turgescence des nodosités. Le lendemain matin, un peu de courbature; état général bon; pas d'albumine dans les urines.

Le 31. *Troisième injection*, à la dose de 2 milligr. La température s'élève à 38°,3, à neuf heures du soir, mais a dû être plus haute dans la nuit, au dire du malade qui a été agité et a peu dormi. Pouls à 78, vives démangeaisons au niveau de tous les nodules qui sont très hyperémiés. Les réactions générale et locale se reproduisent les jours suivants.

1^{er} et 2 avril. La température atteint 39° dans la soirée. Le malade est courbaturé, n'a pas d'appétit. La vascularisation des plaques est très marquée et les démangeaisons plus fortes; sueurs abondantes dans la nuit.

Le 3. Les plaques sont moins rouges et moins dures, elles se laissent facilement déprimer par les doigts; de petites croûtes les recouvrent; celles des poignets et des jambes, qui étaient de consistance presque cartilagineuse, se ramollissent pour se flétrir ensuite et devenir écailleuses.

Autour de ces nodosités anciennes, d'autres plus petites apparaissent, qui avaient passé jusqu'alors inaperçues, et que la tuberculine a mises en relief.

Les ganglions du pli de l'aîne, très gros et très durs, ont perdu de leur volume et de leur consistance. Le malade éprouve, depuis la dernière injection, une douleur sourde dans cette région. L'appétit revient; sueurs moins abondantes dans la nuit.

Les 4 et 5. Une réaction générale se produit de nouveau, mais avec moins d'intensité, dans l'après-midi; en même temps que la température augmente (38°,6), la congestion et les démangeaisons se renouvellent sur les plaques.

Le 6. Température 38°,6 et pouls à 92, à six heures du soir. Peu de sueurs, plus de démangeaisons, l'amélioration est manifeste au niveau des nodosités et des ganglions.

Le 7 (septième jour), la température reste à peu près normale (37°,2 à 37°,5), et une nouvelle injection est décidée pour le lendemain.

Le 8. *Quatrième injection*, de 2 milligr. Température 39°,5, et pouls à 76, à dix heures du soir; sueurs abondantes dans la nuit; peu de démangeaisons; douleurs moins vives au niveau du pli de l'aîne.

Le 9. Température, 37°,8 le matin; 38°,7 à neuf heures du soir; pouls à 80; démangeaisons et sueurs légères.

Le 10. Température, 37°,5 le matin, 38°,8 à six heures du soir; pouls à 90. La journée est tranquille jusqu'à trois heures; à ce moment, le malade éprouve des frissons très violents. Démangeaisons persistantes sur toutes les plaques, mais surtout sur la face; pas de douleurs au niveau de la pléiade ganglionnaire inguinale. L'amélioration est de plus en plus évidente sur les nodosités qui, non seulement ont perdu de leur volume et

leur aspect rouge cuivré du début, mais sont, au contraire, pâles et flétries; la peau à leur niveau se dessèche et se desquame.

Le 11. Température normale, état général bon, appétit satisfaisant.

Le 12. *Cinquième injection*, à la dose de 3 milligr. La réaction se produit huit heures après l'injection, c'est-à-dire quatre heures plus tôt qu'après les injections précédentes. Les phénomènes observés sont aussi plus intenses : frissons violents, avec chaleur ardente, nuit agitée, insomnie; la température, qui était à quatre heures du soir à 37°,7 seulement, atteignait, une heure après, 40°; le soir, à neuf heures, 40°,7 et à minuit, 40°,4.

Le lendemain 13. La température subit un abaissement progressif : 40° à six heures du matin; 39° à neuf heures; 39° à midi; 38°,3 à neuf heures du soir.

Le poulx est de 90 à 96; démangeaisons plus vives que précédemment, douleurs vagues, sourdes dans les jambes; chaque nodosité est rouge, tendue et luisante.

Le 14. Tous ces symptômes réactionnels se sont amendés. La nuit a été assez bonne, plus de céphalalgie, l'hyperhémie des plaques disparaît lentement. Pas d'albumine dans les urines. Temp. : matin, 37°,7; soir, 38°; poulx à 90.

Le 15. Les parties malades s'affaissent de plus en plus; au niveau des poignets, où la différence est remarquable, la peau a presque retrouvé sa souplesse et sa coloration normale. Le malade n'éprouve plus que de légères démangeaisons. Temp. : le matin, 37°,2; le soir, 37°,4. Notons incidemment une poussée assez vive d'irido-choroïdite sous l'influence probable des injections de tuberculine (traitement local : atropine et eau boriquée tiède). Les injections sont suspendues pendant quelques jours, et on fait usage d'inoculations sous-cutanées d'huile créosotée (créosote, 1 gr.; huile, 16 gr.). Ces injections, continuées pendant sept jours, ne produisent pas d'effet appréciable. L'état général du sujet reste bon.

Le 25. La poussée d'irido-choroïdite étant éteinte, on fait une *sixième injection*, à la dose de 2 milligr. (La réaction générale qui avait suivi la dernière injection nous avait paru dangereuse.) Le malade n'éprouve, cette fois, ni démangeaisons, ni douleurs; il ressent seulement une sensation de chaleur sur la face, dont quelques plaques sont redevenues légèrement rouges.

Le 26. La nuit a été bonne; l'hyperhémie des léprômes s'éteint tout à fait les jours suivants.

3 mai. Une *septième et dernière injection* est faite, à la dose de 2 milligr.; on n'observe plus de réaction générale; la température ne dépasse pas 37°,3; le poulx bat à 80. L'urine, examinée après chaque injection, n'a jamais renfermé d'albumine. Le malade a un tout autre aspect qu'au début; partout des nodules sont affaissés et en voie de dessiccation; les ganglions inguinaux, jadis si volumineux, ont diminué de plus de moitié; la peau indurée des jambes et de la moitié antérieure des cuisses est maintenant souple et sa coloration est plus pâle. En résumé, une amélioration très appréciable est le résultat des injections de tuberculine. L'état général en a bénéficié aussi et le malade se sent plus vigoureux.

CONCLUSIONS. — 1° L'observation du nommé Zamite, et les cas, dont il est question au début de cette note, sont des exemples frappants de la non transmission héréditaire de la lèpre. Les enfants de Zamite, tous les trois bien portants, en sont une éclatante confirmation. On peut donc répéter avec Arning que la lèpre ne paraît être, pas plus que la tuberculose, une affection héréditaire, tout en étant souvent une maladie de famille.

2° D'autre part, ces mêmes faits prouvent encore que la contagion est très lente à se produire. La famille de Zamite vit dans une intimité voisine de la promiscuité ; de plus, la nourriture y est à peine suffisante ; les précautions hygiéniques y sont nulles. Or le père est malade depuis six à sept ans, sans que, jusqu'ici, la mère ou les trois enfants présentent le moindre symptôme de lèpre.

3° Les injections de tuberculine (1) ont, il est vrai, donné lieu le plus souvent à des succès, ou à des résultats peu encourageants (faits de Daniellsen-Kalindéro et Babès, Kaposi, Ferradi, etc. Seul, Inako au Japon, a constaté une tendance réelle à la guérison. (La provenance de la tuberculine est peut-être la cause de ces variations.) Il nous a semblé aussi que cette substance est capable de produire une amélioration satisfaisante et durable. Les nombreux léprômes dont le nommé Zamite était porteur, se sont ramollis et affaissés, dès la troisième injection, pour se flétrir et se dessécher ensuite sous l'influence des inoculations consécutives.

Notre malade, revu en mai 1894, c'est-à-dire, plus de deux ans et demi après la période de traitement, était encore dans le même état.

L'affection, sinon guérie, paraît donc tout au moins restée stationnaire.

4° Nous ne croyons pas qu'il soit utile de pousser les doses de tuberculine au-delà de deux ou trois milligrammes surtout à une période avancée de la maladie, car la réaction générale qui suit est des plus violentes et pourrait être dangereuse.

En résumé, ce mode de traitement est donc susceptible de rendre quelque service, en attendant que l'on possède une substance plus efficace. Brassac (2) cite le cas d'un lépreux, complètement guéri à la suite d'une morsure par un serpent venimeux. Il y a, peut-être là, une indication précieuse à profiter des études actuelles sur les venins et à utiliser ces produits, ou des toxines s'en rapprochant, contre les diverses formes de la lèpre.

(1) La tuberculine que nous avons utilisée provenait du laboratoire de M. Roux, à l'Institut Pasteur.

(2) Articles éléphantiasis, du *Dictionnaire des Sciences médicales*.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 27 FÉVRIER 1896

PRÉSIDENTE DE M. E. BESNIER

SOMMAIRE. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. (Exposé des résultats de 400 injections), par M. PORTALIER. (Discussion : MM. FOURNIER et MOREL-LAVALLÉE). — Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis, par M. ABADIE. — Un coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel, par M. SCARENZIO. — Au sujet des injections de calomel, par MM. REY et L. JULIEN (d'Alger). — Les injections d'huile au biiodure de mercure, par M. DE LAVARENNE. — Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles et de préférence de calomel, par M. BARTHÉLEMY. — Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par M. HALLOPEAU. — A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis, par M. GALEZOWSKI.

Discussion générale. — MM. VERCHÈRE, GASTOU, ABADIE, HALLOPEAU, BALZER, DU CASTEL, EUDLITZ, FOURNIER, BROCC, DE LAVARENNE, BARTHÉLEMY, PORTALIER.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. (Exposé des résultats de 400 injections.)

Par M. P. PORTALIER.

J'ai l'honneur de vous communiquer les résultats des injections de calomel, appliquées au traitement de la syphilis, que j'ai pratiquées depuis quatorze mois sous la direction de mon cher et honoré maître, M. le professeur Fournier, qui a bien voulu me confier le soin de ces injections chez un certain nombre de ses malades de ville. Presque tous ces malades ont été suivis par M. le professeur Fournier, et c'est sous le couvert de son autorité que je vous présente ces résultats qui portent sur un ensemble de 400 injections, lesquelles se répartissent sur 65 sujets.

Je passerai en revue successivement les trois points suivants :

I. — Technique opératoire.

II. — Effets locaux et phénomènes de réaction générale des injections.

III. — Action thérapeutique.

I. — PREMIER POINT. — *Technique opératoire.* — Je commence par dire que je ne suis pas arrivé du premier coup à la technique opératoire que j'ai adoptée aujourd'hui et pour le choix de laquelle je me suis inspiré de l'expérience de mes maîtres ou de mes confrères aussi bien que de ma propre expérience. C'est ainsi que j'ai pratiqué le plus grand nombre de ces injections d'abord avec une seringue en verre (à laquelle j'ai dû renoncer pour son imperfection), puis avec la seringue de Pravaz, armées l'une et l'autre d'une aiguille en platine iridié d'une longueur de quatre centimètres, et que je puisais primitivement le liquide de l'injection à une provision renfermée dans un flacon d'une contenance de vingt centimètres cubes, flacon bouché à l'émeri dont le contenu avait été stérilisé et dont j'avais soin de flamber chaque fois les bords et le bouchon.

Je reconnais que cette pratique peut exposer à plusieurs reproches, entre autres celui d'user, avec la seringue de Pravaz, d'un instrument qu'il est difficile d'asepsier d'une façon irréprochable ; celui encore d'avoir un mélange où, malgré toutes les précautions prises, il peut s'introduire des germes lors de l'ouverture du flacon.

Aussi bien me servé-je aujourd'hui comme seringue de celle du Dr Feulard à qui je me plais à rendre hommage pour l'ingénieux perfectionnement qu'il a su apporter à la seringue de verre ordinaire. Je n'ai pas à vous en faire la description, l'auteur vous l'ayant faite lui-même dans une communication récente. Cette seringue est soumise à l'ébullition dans l'eau distillée avant chaque injection.

Comme aiguille, j'emploie actuellement une aiguille, en platine iridié, d'une longueur de cinq ou six centimètres suivant l'embonpoint du sujet, qui est chauffée au rouge dans toute son étendue (y compris son embouchure) après chaque injection et qui est flambée au moment même de la piqure. Voilà pour l'instrumentation.

La formule du liquide injectable auquel j'ai recours est la suivante :

Calomel à la vapeur.....	cinq centigr.
Cocaïne pure.....	un centigr.
Huile d'olives.....	q. s. pour former 1 centim. cube.

Le calomel est finement porphyrisé et lavé à l'alcool. L'huile d'olives est lavée à l'alcool et stérilisée.

On triture le calomel en ajoutant peu à peu l'huile cocaïnée. Enfin ce mélange (préparé aussi près que possible du moment de l'injection) est versé dans un tube stérilisé au four Pasteur, puis est encore

stérilisé à l'autoclave (1). J'ai adopté comme récipients des tubes de verre qui renferment chacun la dose nécessaire pour une seule injection et qui permettent de bien agiter le mélange et de plonger à leur intérieur l'extrémité préalablement flambée de la seringue. Il semble vraiment dans ces conditions qu'on soit assuré d'éviter l'introduction d'un germe quelconque dans le liquide injectable.

La peau de la région choisie comme lieu de la piqûre est lavée à la liqueur de Van Swieten ou à l'alcool. J'enfonce perpendiculairement dans toute sa longueur l'aiguille ajustée à la seringue. Je retire la seringue pour m'assurer qu'il ne s'écoule point de sang par le canal de l'aiguille, et je fais ensuite pénétrer lentement et en totalité le mélange de calomel dans les tissus. Enfin, l'injection terminée, je retire l'aiguille aussi vivement que possible, puis je lave encore la surface de la piqûre et la recouvre de collodion. Cette piqûre n'est pas douloureuse ; à peine le patient se rend-il compte de ce qu'on lui fait.

J'ai pratiqué les injections tantôt dans la fossette rétro-trochantérienne, tantôt dans la région fessière supérieure alternativement à gauche et à droite, le patient étant allongé sur le ventre et dans la résolution la plus complète possible. D'après les résultats locaux que j'ai constatés à la suite des piqûres faites dans l'un ou dans l'autre de ces deux points d'élection, je ne crois pas qu'il y ait lieu d'accorder de préférence à celui-ci ou à celui-là. Peut-être les nodi consécutifs sont-ils plus rares à la suite des injections pratiquées dans la région fessière.

II. — Voici ce qu'il m'a été donné d'observer comme effets locaux des injections de calomel et comme effets de réaction générale.

Sur 400 injections :

Dix fois (c'est-à-dire au pourcentage 2,5 p. 100) j'ai vu survenir vers le deuxième ou le troisième jour un gonflement énorme, un empâtement diffus, dur, de la région injectée avec rougeur et chaleur vive de la peau, à tel point qu'on se serait cru à la veille d'un phlegmon. Et cependant cette complication ne s'est jamais produite. Dès le cinquième ou le sixième jour, cette violente poussée inflammatoire avait pris fin.

57 fois (c'est-à-dire 14,2 p. 100) le gonflement a été assez considérable, s'accompagnant encore d'un peu de rougeur et de chaleur de la peau.

162 fois (c'est-à-dire 45 p. 100) il a été moyen, avec un certain degré de chaleur de la peau, sans rougeur.

152 fois (c'est-à-dire 38 p. 100) il a été léger.

(1) C'est M. Vicario, pharmacien et chimiste distingué, qui s'occupe du soin de cette réparation.

19 fois (c'est-à-dire 5 p. 100 en chiffres ronds) il a été nul.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'injection qu'apparaît ce gonflement, cet empiètement toujours plus ou moins dur et sensible à la pression, de la région injectée. À partir du quatrième jour il commence à se résoudre ; la rougeur et la chaleur de la peau s'éteignent et, vers le sixième ou le septième jour, il ne subsiste plus qu'une nodosité, très variable comme volume (volume d'un petit œuf, d'une noix, d'une noisette), tantôt profonde, tantôt superficielle et faisant corps avec les téguments. Ces nodi consécutifs, qui ont bien rarement fait défaut, s'effacent en moyenne du dixième au douzième jour ; mais ils persistent parfois (surtout pour les dernières injections, quand il en a été pratiqué un certain nombre de suite) pendant des semaines et même des mois. Mon ami le docteur Morel-Lavallée a signalé deux cas, chez des femmes, où, depuis six mois, des nodosités superficielles persistent, avec cette particularité qu'à leur surface la peau a pris une teinte d'un bleu noirâtre. J'ai rencontré pour ma part une dizaine de fois peut-être (mais je ne saurais préciser le chiffre), à l'endroit même de la piqûre et au bout de plusieurs mois, des stigmates tels qu'une coloration tantôt rougeâtre, tantôt violacée ou brunâtre de la peau, offrant les dimensions soit d'une pièce de dix sous, soit d'une pièce de un franc.

Un autre phénomène de réaction locale presque constant, mais des plus variables comme degré, a été la douleur.

Sur 400 cas, 12 fois, c'est-à-dire 3 fois sur 100, la douleur a été littéralement insupportable ;

72 fois, c'est-à-dire 18 fois sur 100, elle a été très vive ou vive ;

155 fois, c'est-à-dire 38,7 fois sur 100, moyenne, facilement tolérable ;

149 fois, c'est-à-dire 37,2 fois sur 100, légère ;

12 fois, c'est-à-dire 3 fois sur 100, nulle.

Six malades sur 65 ont été tellement éprouvés par la douleur qu'ils se sont refusés à toute tentative nouvelle d'injection.

D'une façon générale, voici ce qui s'est passé :

Quelquefois le soir même de la piqûre, plus souvent le lendemain ou le surlendemain, le malade ressent à l'occasion des mouvements une douleur plus ou moins forte limitée d'ordinaire à la région injectée mais qui peut irradier vers la cuisse et la jambe, ou encore vers la région lombaire.

C'est ainsi qu'il souffre quand il marche, quand il monte un escalier, quand il se baisse, quand, assis, il se relève ou veut croiser sa jambe sur l'autre, quand dans son lit il se retourne et surtout quand au lit, il se pose sur le côté injecté. À partir du quatrième jour, cette douleur tend à disparaître. Il n'existe plus alors qu'un peu de gêne et une vague sensibilité à l'occasion des seuls grands mouvements.

Les malades comparent cette douleur soit à une névralgie sciatique, soit à du rhumatisme, soit, plus communément, à celle que déterminerait un fort coup de bâton (sensation de meurtrissure, de contusion). Le décubitus dorsal, comme je l'ai dit, en raison de la pression qui s'exerce dans cette position sur le point injecté, est particulièrement douloureux. Ceci explique l'insomnie dont se plaignent les malades pendant les deux ou trois premières nuits qui suivent l'injection.

D'autres fois la douleur est à ce point légère que les sujets peuvent aller et venir comme de coutume, voire monter à cheval et à bicyclette presque aussitôt. Ils ressentent un peu de gêne pendant un jour ou deux et c'est tout.

Dans les douze cas où la douleur fut insupportable les malades durent garder le lit pendant plusieurs jours.

Chez six sujets condamnés à garder le lit dans une immobilité presque absolue, tant le moindre mouvement éveillait une douleur atroce, il survint en même temps des phénomènes généraux caractérisés par de la fièvre et de l'embarras gastrique (céphalalgie, frissons, langue saburrale, inappétence, lassitude et courbature extrêmes) qui durèrent près d'une semaine. Faut-il voir là les effets d'une infection accidentelle ? Je ne le crois pas. Chez ces six malades j'avais pris pour l'injection toutes les précautions antiseptiques habituelles et je ne vois aucune faute opératoire à me reprocher. D'ailleurs — et c'est un point qui jusqu'ici ne me semble pas avoir été suffisamment mis en lumière — il est fréquent d'observer de la fièvre à la suite des injections.

Ainsi sur 400 cas j'ai noté :

6 fois, c'est-à-dire 1,5 p. 100, une forte fièvre s'accompagnant, comme je viens de le dire, d'un véritable embarras gastrique, — et 102 fois, c'est-à-dire 25,5 p. 100, un léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature, de fatigue générale et d'insomnie pendant deux ou trois jours et autant de nuits, à partir du lendemain de l'injection.

Ne sont-ce pas là plutôt des phénomènes généraux dépendant du travail inflammatoire qu'entraîne la transformation chimique du sel mercuriel insoluble introduit dans les tissus et en rapport avec la susceptibilité individuelle de chacun. D'autant plus que je note encore :

Dans 46 cas, c'est-à-dire 11,5 p. 100, de l'insomnie sans fièvre pendant les deux ou trois premières nuits consécutives à l'injection ;

Et dans 34 cas, c'est-à-dire 9,7 p. 100, de la lassitude, de la fatigue générale et de l'inappétence durant les premiers jours qui suivirent la piqûre.

Il est vrai que l'insomnie du moins peut s'expliquer par la douleur que provoque le décubitus dorsal. Je l'ai cependant rencontrée dans certains cas où la douleur post-injectionnelle avait été à peu près nulle.

Quatre fois (c'est-à-dire 1 fois sur 100), chez quatre malades différents, j'ai vu se produire un abcès. Dans ces cas, tout se passa au début comme d'habitude. Seulement la nodosité terminale, au lieu de se résoudre, augmenta de volume, se ramollit et devint douloureuse; la peau, à sa surface, prit une teinte de plus en plus rouge, s'amincit, et, du dixième au douzième jour, la tumeur s'abcédait pour livrer passage à une matière épaisse, visqueuse, filante, rougeâtre et surtout à du sang. Quatre à cinq jours plus tard il n'y paraissait plus. Ces abcès ne se sont accompagnés d'aucun phénomène fébrile notable. Ils ont été assez peu douloureux. Même les malades ont pu aller et venir au cours de leur durée. Faut-il encore ici prononcer le mot d'injection? Seul, l'examen bactériologique du liquide pourrait nous renseigner et il n'a été fait dans aucun de ces quatre cas. Mais vu l'apparition tardive de ces abcès, leur marche, la nature de leur contenu, l'absence de symptômes généraux concomitants, leur origine infectieuse ne me semble rien moins que prouvée et ils me paraissent rentrer dans la catégorie des abcès aseptiques (à ce propos je rappellerai le nom de M. Balzer) qui ont été maintes fois signalés à la suite des injections de calomel et qui peut-être résultent d'une faute opératoire méconnue, en dehors de l'asepsie des instruments et du liquide.

Chez les individus à bouche saine, je n'ai pas observé même de salivation. Je n'ai pas davantage observé de stomatite sérieuse chez ceux dont la bouche était déjà en état de gingivite chronique soit du fait d'une dentition mauvaise et d'une hygiène insuffisante, soit du fait de traitements mercuriels antérieurs, et qui, en raison de la gravité de leurs accidents spécifiques, n'avaient pas le temps de recourir aux soins d'un dentiste avant d'aborder ce nouveau traitement. Les cas de gingivite chronique ont été plutôt entretenus qu'aggravés par les injections. Cinq fois seulement (c'est-à-dire 1,2 p. 100) il est survenu pendant 2 ou 3 jours un peu de salivation.

6 fois (c'est-à-dire 1,5 p. 100) il survint de la diarrhée qui se limita à quelques selles liquides durant 2 jours. Un malade encore se plaignit d'avoir ressenti durant plusieurs jours quelques coliques sans diarrhée après chacune des cinq injections qu'il reçut.

La dose de calomel employée a, pour ainsi dire, toujours été de cinq centigr. par injection. Dans quelques cas j'ai limité la dose à 3 centigr.; dans quelques autres j'ai pu la porter à 7, 8 et 9 centigr. sans le moindre inconvénient.

Les injections ont été pratiquées par séries, chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, 4 à 5 injections, très rarement davantage, qui ont été faites une tous les huit ou dix jours. Les séries enfin étaient plus ou moins rapprochées suivant les résultats obtenus ou à poursuivre, mais elles ont toujours été séparées d'un intervalle

minimum de cinq semaines. C'est ainsi qu'un malade affecté d'une glossite tertiaire des plus anciennes et des plus rebelles reçut dans l'espace de quatorze mois vingt injections, de 5 centigr. chacune, réparties en cinq séries.

La femme supporte-t-elle moins bien que l'homme les injections de calomel ? Il le paraîtrait, d'après ce que j'ai vu, malgré le nombre restreint des sujets féminins que j'ai été appelé à traiter ainsi, car je ne compte que 4 femmes sur les 65 malades en cause. Dans tous les cas, il semble prudent de débiter chez la femme par une dose un peu plus faible que chez l'homme.

Je n'ai aucune pratique des injections de calomel chez l'enfant.

En ce qui concerne l'âge des adultes auxquels on se propose d'appliquer cette méthode de traitement, je dirai que, d'après mes observations, tous les âges, jusqu'à celui de 65 ans et au delà, me paraissent se prêter à cette cure. Une seule précaution est à prendre, celle d'examiner les urines du malade, afin de se méfier tout au moins, sinon de s'abstenir, en cas d'albuminurie et de diabète. Il m'est arrivé une fois de faire des injections à un homme affecté d'une albuminurie d'origine vraisemblablement spécifique. Les urines renfermaient depuis des mois 60 à 80 cent. d'albumine par litre. Rien d'anormal ne se produisit.

III. — *Résultats thérapeutiques.* — Si, dans cette question, il est un point sur lequel l'accord, je crois, soit général, c'est bien celui qui a trait aux résultats thérapeutiques de cette méthode de traitement.

Cette pratique a été toute-puissante dans un certain nombre des cas de syphilis où je l'ai employée sous la direction de mon maître, M. le professeur Fournier. Il faut cependant distinguer ici deux ordres d'accidents pour lesquels on est appelé à faire intervenir les injections de calomel, les *accidents syphilitiques vrais* et les *accidents parasyphilitiques*.

Dans le premier ordre d'accidents, elles ont donné souvent les résultats les plus remarquables. De même elles ont échoué contre les accidents du second ordre, tels entre autres que le tabes confirmé et la paralysie générale.

Parmi les accidents de nature syphilitique proprement dite, je me bornerai à relever les suivants pour l'intérêt général qu'ils présentent.

- 13 cas de glossite tertiaire ;
- 3 cas d'artérite cérébrale ;
- 3 cas de syphilis maligne précoce ;
- 1 cas de syphilis douteuse où le traitement a décidé de la nature de la lésion.

Les 13 cas de glossite tertiaire représentaient des cas de glossites

anciennes, essentiellement chroniques, datant de plusieurs, voire de nombreuses années, et dépendant de syphilis vieilles de 6, 8, 10, 15, 20 ans. Je peux dire sans exagération que les malades avaient épuisé tous les traitements accoutumés (pilules de protoiodure, pilules de sublimé, iodure de potassium, cures thermales avec frictions mercurielles, etc.). Chaque traitement nouveau, ou chaque reprise de traitement, apportait une amélioration, ou même guérissait à peu près les sujets, puis les lésions reprenaient leur activité aussitôt que le traitement était interrompu pour une cause ou pour une autre, pour une raison d'intolérance le plus souvent. Or, dans ces 13 cas, j'ai constaté dès les deux premières injections d'abord la cessation des phénomènes douloureux si pénibles qu'éprouve le malade au contact des aliments solides, par exemple, ou des boissons soit un peu chaudes, soit trop froides, ou simplement même quand il parle. La tuméfaction de la langue avait notablement diminué et les plaques d'induration avec les fissures qui les sillonnent et les érosions qui les recouvrent s'étaient transformées déjà. Bref, onze fois sur treize, une guérison complète a été obtenue, mais j'ajoute que ce fut au prix d'injections multipliées. Jamais, de l'aveu des malades, aucun traitement ne leur procura de soulagement si rapide, n'amena la disparition si prompte des accidents et n'en amena surtout, comme l'a fait celui-ci, la *disparition totale*; mais il n'en est pas moins vrai qu'il a fallu pour la plupart de ces malades des *séries* d'injections afin d'arriver au résultat actuel compromis plusieurs fois par des débuts de récurrence survenant dès l'interruption des piqûres.

Je n'en veux pas moins insister sur cette efficacité singulière, signalée déjà d'ailleurs, des injections de calomel dans ces cas désespérants de vieilles glossites spécifiques. C'est à l'actif de ce mode de traitement un avantage qui est à retenir pour sa précision même et qui, jusqu'à nouvel ordre, semble constituer un point acquis. En effet, d'une façon générale, et en dépit de certains échecs indéniables, les injections de calomel, appliquées au traitement des glossites tertiaires, déracinent le mal à proprement parler. Les récurrences mêmes qui surviennent par la suite, et avec lesquelles il faut cependant compter, ne sont plus d'ordinaire que des tentatives timides de la maladie qui cèdent à une simple injection nouvelle. Le fond de la lésion reste transformé. Au lieu de ces infiltrations, de ces indurations, de ces crevasses qui, autrefois, se reproduisaient dès qu'on suspendait le traitement, on voit réapparaître par exemple une petite plaque desquamée, une érosion, une fissure, et rien de plus, lésion légère dont, je le répète, on a presque toujours facilement raison. Tel est, du moins, ce que M. le professeur Fournier et moi avons maintes fois constaté jusqu'à présent.

Il me reste encore à signaler les bons effets des injections de calomel.

1° Dans trois cas d'artérite cérébrale qui se sont terminés par une guérison aussi complète que possible.

2° Dans trois cas de syphilis maligne précoce, où, dans l'un, les injections ont permis, entre autres résultats, de sauver un œil affecté de gommès de l'iris et considéré comme à peu près perdu à la suite d'un traitement interne intensif institué antérieurement; où, dans un autre, elles firent disparaître en deux séances de grosses syphilides végétantes de la face et des membres qui avaient résisté à deux mois d'une médication interne des plus actives.

Enfin, dans un cas particulièrement intéressant où il s'agissait d'une lésion ulcéreuse de la lèvre inférieure et d'une partie du menton, lésion ancienne, si suspecte d'apparence qu'on l'avait qualifiée d'une façon presque formelle d'épithélioma, deux injections établirent le diagnostic et deux autres amenèrent la guérison.

Donc, les injections de calomel font merveille en certains cas. Elles semblent un spécifique souverain contre les formes graves ou rebelles, incessamment récidivantes, de la vérole, et soit de la vérole jeune, soit de la vérole avancée en âge (telles que les vieilles glossites tertiaires, surtout).

Mais, de ce qu'elles constituent une méthode de traitement dont la haute efficacité n'est plus à démontrer, est-ce une raison pour en faire une méthode d'application courante, usuelle? Je ne le crois pas. — Certes, il serait injuste de dire qu'elles ne peuvent servir qu'au titre de moyen thérapeutique d'exception. Il n'en est pas moins légitime de reconnaître qu'elles ne paraissent répondre qu'à des indications spéciales et limitées. Et j'estime qu'il n'en est pas ainsi seulement en raison de leurs inconvénients, bien que ce soit là un motif qui mérite une sérieuse considération, car, suivant ce vieux proverbe : « qui veut la fin veut les moyens », je pense qu'en égard au but si fréquemment atteint lorsqu'on a recours à ces injections l'on doit passer sur leurs inconvénients et insister même pour les faire accepter des malades, si déplaisantes qu'elles puissent être. Mais cette méthode, en fin de compte, réussit-elle toujours à guérir? Non. J'ai plusieurs cas où 4, 6, 10 injections n'ont à peu près rien fait ou n'ont pas fait mieux que tout autre remède. Met-elle sûrement à l'abri de nouvelles atteintes du mal ou préserve-t-elle des récidives de la lésion même qu'elle est appelée à combattre? Non. J'ai plusieurs cas encore où des lésions syphilitiques nouvelles ont apparu au cours même du traitement, où la lésion qui venait de disparaître reparaisait au lendemain de la suspension du traitement. N'est-on pas en droit de prétendre dans ces conditions que les injections de calomel représentent seulement une méthode thérapeutique d'indications spéciales, c'est-à-dire une méthode applicable à certains cas où il semble qu'elle seule puisse faire ce que n'ont pu réaliser les autres.

Est-ce que les injections de sublimé, est-ce que les injections d'huile grise ne donnent pas également des résultats remarquables ? Faut-il méconnaître l'action curative des frictions ? Et l'administration du mercure par la bouche a-t-elle perdu toute valeur et accompli son temps ? Dans une question aussi complexe qu'est celle du traitement de la syphilis, l'éclectisme est de rigueur. On ne saurait présentement concevoir un traitement de la vérole systématiquement fixé d'avance au point de vue de sa formule thérapeutique, car il n'est pas de maladie peut-être qui offre, soit pour des raisons physiques, soit pour des raisons morales, un plus grand nombre d'indications diverses.

Aussi bien, comme conclusion dernière, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, me considérè-je autorisé à dire : qu'il faut prendre les injections de calomel pour ce qu'elles sont, comme un moyen puissant d'action dans certains cas que l'expérience journalière contribuera à préciser ; comme un nouveau remplaçant précieux de la médication interne devant l'intolérance des voies digestives ; comme le meilleur moyen d'épreuve peut-être, lorsque le diagnostic hésite sur la nature spécifique d'une lésion ; — mais, au total, comme une méthode thérapeutique en voie d'essai, qui compte des intolérants absolus parmi les malades, qui parfois est infidèle et dont il n'est surtout permis de rien préjuger encore quant à ses résultats définitifs, quant à son efficacité sur les accidents à venir de la syphilis, voire sur la récidence même des accidents qu'elle commence par effacer avec une rapidité souvent si prodigieuse, en un mot, et d'une façon générale, quant à la nature et à la qualité du coup qu'elle porte à la vérole. Et c'est par le temps seul, et par un long temps, que pourra se juger cette question.

M. FOURNIER. — Je me garderai d'ajouter un commentaire à l'exposé des résultats que M. le Dr Portalier vient de vous présenter d'une façon si complète et si précise. Il a dit et fort bien dit, à mon gré tout au moins, tout ce qui dérive de notre observation commune.

C'est sur deux autres points que je désire appeler l'attention de la Société.

I. — Il me semble qu'à l'heure présente toute la partie du sujet qui est relative à la technique, aux inconvénients et aux accidents de la méthode en question, se trouve à peu près épuisée par ce qu'ont dit ici nombre de nos collègues. Le temps serait donc venu, si je ne me trompe, de tourner nos regards vers d'autres horizons. J'entends : le temps serait venu de discuter les *indications*, comme aussi les contre-indications de la méthode.

Si bonne puisse-t-elle être, en effet, il ne se trouvera personne, je crois, pour la donner comme bonne à tout et dans tous les cas. Il s'agirait donc de savoir ce à quoi elle peut être *spécialement* bonne, de préciser les cas auxquels elle convient, et notamment les cas auxquels elle convient *mieux* que tel ou tel autre traitement.

Je précise. Il s'agirait de dire non pas qu'avec les injections de calomel on a guéri ceci ou cela (car avec n'importe quelle méthode on peut, en fait de manifestations syphilitiques, guérir celle-ci ou celle-là), mais qu'avec les injections de calomel on a guéri telle ou telle lésion spécifique d'une façon particulièrement heureuse, rapide et persistante. Comme aussi il serait non moins utile de savoir qu'en tels ou tels autres cas le traitement par les injections de calomel n'a pas mieux réussi que tel ou tel autre traitement.

C'est là ce que déjà réclamait très sagement, à mon sens, M. le professeur Renaut au Congrès de Lyon, quand il disait : « Il n'est pas douteux que les injections de calomel ne soient un bon procédé de mercurialisation. Mais actuellement toute la discussion devrait porter sur les *indications* de cette méthode. » C'est là le terrain sur lequel, à mon tour, je voudrais appeler le débat.

Or, abordant sans autre transition ce point spécial, je demanderai à la Société la permission d'exposer en quelques mots ce que m'a appris à ce propos une observation déjà assez longue, c'est-à-dire de préciser quels sont les accidents spécifiques que les injections de calomel m'ont paru aptes à réprimer le mieux, à guérir le plus rapidement, le plus sûrement.

1^o Je signalerai, en premier lieu, un cas de guérison vraiment surprenante, presque extraordinaire, relative à un énorme *chancre phagédénique* de la langue. Ce chancre, que j'ai montré à la plupart de mes collègues de Saint-Louis, médecins ou chirurgiens, ne mesurait pas moins de 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur sur 4 à 5 centimètres de large. Tel, de plus, était l'aspect de cette singulière lésion que personne, à commencer par moi, n'avait osé en faire le diagnostic. Les uns la considéraient comme une ulcération de glossite tertiaire, et les autres la taxaient d'épithéliome. Empiriquement, je tentai les injections de calomel. Ce fut un coup de théâtre. Amélioration soudaine, puis guérison.

Certes, mon siège est fait pour une semblable occurrence, et, si elle se représente jamais à moi, c'est bien sûrement aux injections de calomel que j'aurai recours d'emblée, de préférence à toute autre méthode.

2^o A citer, en second lieu, deux cas de *sypilis maligne précoce* où, vraiment, le calomel a agi d'une façon particulièrement heureuse, comme intensité et comme rapidité de résultats.

3^o Une troisième indication est relative aux *glossites tertiaires*, notamment aux glossites tendant à la *forme scléreuse*, dont je n'ai pas à dire le caractère tenace et rebelle. Plusieurs fois j'ai eu à me louer, contre ce genre d'accidents, des injections de calomel, et je crois leur devoir des résultats que j'aurais eu grand-peine à obtenir soit des pilules, soit de l'iodure, soit même des frictions qui, jusqu'à présent, étaient ce que nous avions de mieux contre ce genre de lésions.

Je citerai comme exemple un cas de glossite scléreuse profondément ulcéralative et d'un aspect tel qu'un chirurgien de cet hôpital et moi-même avons été bien tentés de considérer cette lésion comme un épithéliome. Or, ce prétendu épithéliome fut, sinon guéri, du moins amélioré dans une étonnante proportion par une série d'injections au calomel. Soit dit au passage, des accidents de syphilis cérébrale, dont était affecté le malade por-

teur de cette lésion, ne subirent aucune modification favorable de ce même traitement.

Donc, c'est encore aux injections de calomel qu'avec le concours de l'iode je donnerai la préférence sur toute autre méthode pour le traitement des glossites tertiaires à tendance scléreuse.

4^e En quatrième lieu, je vous rappellerai un très beau cas de *laryngite syphilitique grave*, dont la guérison fut obtenue d'une façon étonnamment rapide par l'emploi de la même méthode. Ce cas vous a été présenté par M. le D^r Mendel et se trouve consigné dans nos Annales (année 1895, p. 208).

5^e Mais, à coup sûr, l'indication la plus précise et la plus formelle de la méthode se trouve dans un genre d'accidents que je tiens à bien préciser. Je veux parler de ces *syphilides linguales* de forme secondaire qui survivent pour longtemps à la période secondaire chez certains sujets, notamment chez les fumeurs. De forme tantôt érosive et tantôt sèche, consistant le plus souvent en de simples plaques roses à surface « fauchée » qui ont reçu le nom de « glossite décapillante », ces lésions se prolongent souvent avec opiniâtreté, pullulent et repullulent pour de longues années, résistent aux traitements usuels ou ne leur cèdent que d'une façon éphémère, et aboutissent, toutes bénignes soient-elles, à faire le désespoir des malades. Chacun de nous a vu des cas de cet ordre, que besoin n'est pas de caractériser plus amplement. Or, ces cas sont un véritable triomphe (le mot n'a rien d'exagéré) pour les injections de calomel qui, non pas toujours, mais très généralement, les guérissent d'une façon rapide, et délivrent à brève échéance les malades de ce qui, pour eux, constituait un véritable supplice et une angoisse chronique.

Sans doute, les lésions de ce genre ne sont pas incurables par d'autres traitements. J'en ai guéri par le mercure en ingestion. Plus souvent et plus sûrement j'en ai guéri avec les frictions. Mais, à coup sûr, il n'est pas de traitement qui fasse, en pareil cas, ce que font les injections de calomel, ni aussi sûrement, ni aussi rapidement. On peut dire qu'elles constituent en l'espèce le meilleur traitement, le traitement d'élection.

Voilà donc, quant à présent, cinq ordres de cas où les injections de calomel m'ont paru préférables à d'autres médications.

En revanche, je ne leur ai pas reconnu d'avantages bien marqués contre nombre d'autres accidents spécifiques, par exemple contre les syphilides cutanées secondaires, contre les syphilides muqueuses de la même période, contre les adénopathies, les accidents nerveux, les manifestations osseuses, l'albuminurie, non plus encore que contre les localisations cérébrales et médullaires. Réservons toutefois ces deux dernières catégories d'accidents, pour lesquelles l'appréciation d'une méthode thérapeutique est particulièrement délicate.

Inutile d'ajouter que je n'ai rien obtenu de la méthode dans les cas d'atrophie papillaire, de tabes et de paralysie générale.

II. — Un second point m'a surpris dans l'étude à laquelle j'ai soumis les injections de calomel : c'est la singularité de *récidives spécifiques* succédant presque tout aussitôt à tel ou tel succès éclatant obtenu par cette méthode. Je précise.

Plusieurs fois j'ai observé ceci. Une manifestation spécifique importante vient d'être effacée, guérie d'une façon brillante par le calomel. Puis, voici qu'à quelques semaines ou quelques jours de date, voire en plein cours de traitement, surgit de la façon la plus inattendue quelque autre manifestation diathésique.

A titre de spécimen, je citerai sommairement les trois cas suivants :

1^o Un malade de nos salles, affecté d'une syphilide papuleuse lichénoïde extraordinairement confluyente, est soumis à des injections hebdomadaires de calomel. Il guérit rapidement et d'une façon tout à fait remarquable. Quinze jours plus tard il nous revient avec une iritis de forme grave, compliquée de deux gommés iriennes.

2^o Un autre malade (celui dont je vous entretenais tout à l'heure et qui guérit si merveilleusement d'un énorme chancre phagédénique de la langue grâce aux injections de calomel) a été pris, à peine s'il venait de terminer son traitement, de trois syphilides linguales d'étendue et d'importance peu communes.

3^o Un de mes clients de la ville était affecté d'une syphilide tuberculeuse disséminée, mais intéressant spécialement le visage. Six injections de calomel le délivrèrent hâtivement. Mais, cinq jours après la dernière injection, il revenait me trouver pour une lésion gommeuse du voile palatin.

Et de même pour nombre d'autres cas semblables que j'aurais à citer, que tout le monde ici aurait à citer, sans aucun doute.

On dira : « Pareille chose s'observe avec n'importe quel traitement, avec n'importe quel procédé de mercurialisation ». Sans doute, et cela je le sais du reste. Seulement avec le calomel le contraste est plus frappant qu'avec toute autre médication, parce qu'à la façon dont il balaie souvent certains accidents de la syphilis on a vraiment le droit d'être surpris des explosions morbides qu'il laisse se reproduire à brève échéance, voire parfois en plein cours de traitement.

Aussi bien n'ai-je cité les cas qui précèdent qu'en réponse aux illusions dont se sont bercés certains observateurs, en dotant la méthode en question de prétendues vertus « abortives » ou « jugulantes ». Malheureusement non, le calomel n'est pas l'ange exterminateur de la vérole. Il est ce que personne ne saurait méconnaître, à savoir, un excellent remède contre certains accidents de la vérole, mais il n'est que cela. Proclamons-le comme tel et profitons de lui comme tel ; mais gardons-nous de compromettre sa cause par des exagérations qui ne trouveraient que contradictions trop faciles et trop légitimes.

Disons que c'est un remède qui, pour de nombreux cas, exerce sur la syphilis un effet *actuel* d'une remarquable puissance, d'une puissance même supérieure à celle d'autres médications. Mais n'allons guère plus loin. Car les récidives, ou, pour parler plus exactement, les explosions morbides nouvelles que bien souvent il n'aboutit pas à conjurer, ne sont guère de nature à témoigner qu'il exerce sur la syphilis une impression bien profonde et surtout bien persistante.

Vraisemblablement, il en est de lui, toutes proportions réservées, comme de n'importe quel agent mercuriel. Il agit *actuellement* sur la vérole,

au moment où il est versé dans l'organisme. Mais son influence s'épuise après un certain temps, et elle ne parvient à se conserver et surtout à se perpétuer (si tant est que nous la puissions espérer permanente) qu'à la condition d'être entretenue, alimentée par une série de cures échelonnées à diverses étapes de la maladie.

C'est dire que, pour obtenir du calomel un effet persistant sur la syphilis, il faudrait, sans nul doute, comme pour tout procédé de mercurialisation, en répéter l'administration à maintes et maintes reprises au cours des premières années de l'infection.

Mais reste à savoir si les malades se prêteraient volontiers à toute une série de cures par les injections de calomel, traitement toujours désagréable à tout le moins, souvent douloureux, parfois très douloureux. A priori, je serais bien tenté de me prononcer pour la négative. A priori, je serais bien tenté de croire qu'un traitement systématique par les injections de calomel sera un traitement bientôt délaissé — et pour cause — par la grande majorité des malades. Mais je ne veux rien préjuger au hasard. Attendons que l'expérience nous ait édifiés sur ce point.

M. FOURNIER. — M. Morel-Lavallée, absent de Paris en ce moment, me prie de communiquer, dès à présent, à la Société les conclusions suivantes, résultant d'une statistique de ses observations personnelles depuis 3 ans et demi.

La méthode des injections de calomel, exceptionnellement puissante, précieuse et parfois indispensable, — même appliquée avec l'ensemble des perfectionnements techniques dont on ne doit jamais se départir et sur lesquels on a à nouveau récemment insisté, — présente au nombre de ses inconvénients :

1° Une douleur, parfois insignifiante, ordinairement très forte, parfois intolérable; cette douleur existe dans la majorité des cas;

2° Plus rarement des phénomènes généraux, douleurs diffuses, courbature; souvent un vrai accès de fièvre;

3° Quelquefois la formation d'abcès au foyer de l'injection.

Aucune précaution ne met *sûrement* à l'abri de ces inconvénients, et rien ne peut les faire prévoir à l'avance. Le médecin *devra* donc toujours prévenir son client de l'éventualité *possible* d'incidents douloureux ou inflammatoires pouvant l'obliger à cesser ses occupations, à garder le repos, voire l'immobilité pendant un, deux, ou plusieurs jours, faits d'ailleurs exceptionnels.

Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Par M. CH. ABADIE.

Comme je l'ai déjà soutenu à diverses reprises, je crois que les injections sous-cutanées de sels mercuriaux deviendront un jour ou l'autre le traitement de choix de la syphilis.

Il est incontestable que déjà leur valeur thérapeutique est de plus en plus appréciée. Dernièrement encore, dans une discussion sur ce sujet, M. Besnier signalait le fait d'un malade de son service atteint d'une syphilis tenace, rebelle depuis quinze ans aux moyens ordinaires, qui avait vu sa guérison assurée par les injections mercurielles.

Il y a déjà dix ans, dans un travail (1) publié dans les *Annales d'oculistique* et dans une communication faite au quatrième congrès (1886) de la Société française d'ophtalmologie, je recommandais dans les manifestations oculaires graves de la syphilis de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé de préférence à tout autre traitement. J'ai eu à lutter à divers reprises contre la routine pour faire entrer ces idées dans la pratique courante ; mais aujourd'hui c'est chose faite, et un peu partout la grande majorité des ophtalmologistes a définitivement abandonné l'emploi des pilules de proto-iodure, du sirop de Gibert et même des frictions mercurielles pour s'en tenir aux injections dont l'efficacité, de l'aveu de tous, est bien supérieure.

Si donc l'accord semble bien près de se faire sur l'efficacité et même la supériorité dans bien des cas des injections mercurielles, d'où vient que leur emploi tarde encore à se diffuser, à entrer dans la pratique courante de tous les médecins ? Cela tient à plusieurs causes que nous allons successivement discuter.

Tout d'abord, si l'on veut arriver à généraliser l'emploi des injections il faut en simplifier la technique, la rendre facilement accessible à tous, et la perfectionner, au point qu'elle permette d'éviter toute espèce de complication et d'accident.

L'incommodité du traitement est encore une objection ; il oblige, cela est vrai, le malade à rester longtemps sous la surveillance du médecin ; mais y a-t-il réellement grand mal à cela quand il s'agit d'une maladie aussi grave pour le présent, et surtout pour l'avenir, que la syphilis ? Du reste, cette difficulté elle-même n'est pas insurmontable, car dans les cas rares où il est impossible au malade de rester auprès de son médecin, une personne de son entourage peut à la rigueur pratiquer les injections, à la condition d'observer minutieusement toutes les précautions qui seront indiquées tout à l'heure quand nous aborderons la technique opératoire. Dans les milieux hospitaliers, il sera toujours facile d'appliquer ce traitement. Depuis plusieurs années, je n'en fais pas d'autre à ma clinique, et les malades le suivent très régulièrement et s'en montrent très satisfaits.

D'autres objections plus sérieuses, en apparence au moins, sont

(1) Des injections sous-cutanées de bichlorure d'hydrargyre en thérapeutique oculaire. *Annales d'oculistique*, t. XCV, p. 212, 1886.

tirées des difficultés d'exécution et des complications qui peuvent survenir. C'est là en effet un point assez délicat et le véritable obstacle jusqu'ici à la vulgarisation de la méthode.

Mais ces difficultés et ces complications, nous pouvons les éluder ou les surmonter. Elles tiennent : 1° à la nature de la solution mercurielle injectée ; 2° à l'outillage employé. Dans les communications les plus récentes sur ce sujet faites par MM. Feulard, Verchère et Castanet, nous voyons que les injections de calomel sont toujours extrêmement douloureuses, au point de gêner la marche pendant plusieurs jours, dit M. Verchère.

Il en est de même des injections d'huile grise et de toutes celles qui ont pour but d'introduire sous la peau une dose massive de sel mercuriel. Cette dose élevée, tout d'abord tenue en réserve dans l'économie, doit ensuite s'y répandre et s'y diffuser peu à peu.

Nous estimons cette pratique, dont le point de départ est tout à fait théorique, bien défectueuse dans la pratique, d'abord parce que l'action irritante locale est nécessairement d'autant plus marquée que la quantité de sel mercuriel injecté est plus considérable. D'autre part, parce que les accidents d'intolérance et d'intoxication ont aussi plus de chance de se produire, la résorption ne se faisant pas toujours lentement, progressivement, au gré du malade ou du médecin.

Il est bien préférable, à mon avis, de répéter les injections tous les deux jours et de les faire à dose moindre, d'employer en outre comme véhicule, au lieu de corps gras, l'eau dont la résorption se fait bien plus facilement ; enfin, en mélangeant à la solution employée une proportion déterminée de cocaïne, la douleur locale est presque complètement annihilée.

L'on dira : mais c'est bien gênant pour un malade de subir une injection tous les deux jours. Je répondrai : c'est encore mieux que d'en recevoir une par semaine très douloureuse et qui nous laisse éclopé pendant 5 à 6 jours.

J'emploie habituellement une solution de bichlorure ou de cyanure d'hydrargyre mélangée à la cocaïne. La solution de cyanure a l'avantage de ne former aucun précipité avec la cocaïne ; elle est ainsi formulée :

Cyanure d'hydrargyre.....	0 gr. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 —
Eau distillée.....	50 gr. —

Je commence toujours par une demi-seringue pour tâter la susceptibilité du malade, les premières injections étant toujours plus mal supportées que les suivantes. Au lieu d'injecter la solution profondément sous l'aponévrose dans le tissu intra-musculaire, j'ai grand soin de l'injecter simplement sous la peau dans le tissu cellulaire

sous-cutané et je fais suivre l'injection d'un léger massage. La douleur est moins vive et la résorption du liquide plus rapide que dans les injections profondes intra-musculaires.

Les douleurs si violentes qui suivent les injections massives de calomel intra-musculaires, par conséquent sous-aponévrotiques et qui se montrent surtout 48 heures après l'injection, sont dues probablement au gonflement du tissu musculaire qui se trouve précisément étranglé par l'aponévrose elle-même. Aussi je crois qu'il est préférable, même pour les injections à faible dose et avec des sels solubles, de la faire sus et non pas sous-aponévrotiques. Ces injections sont toujours accompagnées d'un certain gonflement de la région injectée, gonflement qui est moins douloureux quand il peut pour ainsi dire s'étaler à l'aise dans le tissu cellulaire lâche sous-cutané.

Enfin, il faut apporter grand soin à l'outillage, l'aiguille-canule doit être en platine iridié, flambée chaque fois à la lampe à alcool. Cette précaution est capitale, sinon on s'expose à avoir des abcès qui découragent rapidement les malades. Je dis plus : cette méthode ne peut entrer dans la pratique courante que grâce à l'aiguille canule de Debove qui, conservant sa pointe acérée tout en étant flambée, met sûrement à l'abri de toute complication.

Grâce à ces perfectionnements apportés au choix de la solution, à la technique instrumentale et opératoire, le traitement de la syphilis par les injections mercurielles sous-cutanées finira par se répandre de plus en plus dans la pratique et deviendra le traitement classique au grand bénéfice des malades.

Quoi qu'il en soit, retenons en attendant ce point capital sur lequel tout le monde semble être d'accord, c'est que dans les formes malignes ou lorsque la lésion frappe un organe des sens ou le tissu cérébro-spinal, ce moyen de traitement semble supérieur à tous les autres.

A l'heure actuelle, la kératite parenchymateuse relevant de la syphilis héréditaire, les diverses variétés de chorio-rétinite, manifestations tardives de la syphilis acquise, n'ont plus un pronostic aussi sombre que par le passé, depuis qu'on a substitué cette médication aux anciens traitements.

Ce n'est pas du reste seulement dans la syphilis que le traitement par des injections sous-cutanées médicamenteuses se montre supérieur à l'administration des mêmes médicaments par une voie buccale.

Récemment Von Ziemssen, de Munich, a publié des observations de malades atteints d'adénie (maladie presque toujours mortelle) qui ont guéri par des injections sous-cutanées de solutions arsenicales alors que jamais auparavant on n'avait eu que des améliorations, l'arsenic ayant toujours été donné à l'intérieur.

Je suis convaincu que cette méthode thérapeutique deviendra de

plus en plus générale et sera appliquée à un plus grand nombre de malades.

Enfin, j'ajouterai encore un mot au sujet des injections intra-veineuses dont j'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de syphiligraphie. Grâce à une instrumentation et une technique simple ces injections se font facilement et sont généralement bien supportées. Comme elles sont néanmoins d'une exécution plus longue, plus difficile et plus délicate, il convient de les réserver aux cas les plus graves, ceux dans lesquels les injections sous-cutanées, elles-mêmes, paraissent être en défaut. Je puis affirmer qu'en certaines circonstances elles sont encore supérieures à ces dernières. J'en ai eu encore récemment la preuve évidente dans ma clientèle.

Un enfant de douze ans, guéri auparavant d'une kératite parenchymateuse spécifique héréditaire, fut atteint de surdité quelques mois après. Cette surdité qui précède, accompagne ou suit la kératite parenchymateuse, reconnaît la même origine, mais elle est d'ordinaire incurable. Jusqu'ici, toutes les fois que j'ai rencontré, ce qui n'est pas très rare, une kératite parenchymateuse spécifique accompagnée d'otite interne également spécifique, j'ai bien guéri comme tout le monde par les injections sous-cutanées hydrargyriques, l'affection oculaire; mais je n'étais jamais parvenu à modifier la lésion de l'oreille interne et à prévenir ou guérir la surdité. Aussi, chez l'enfant dont je parle, c'est sans grande conviction et sur les pressantes instances de sa mère émerveillée du résultat obtenu pour les yeux, que j'ai essayé de faire, non plus des injections sous-cutanées, mais des injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Ces injections furent d'une exécution difficile, car le réseau veineux superficiel du bras était peu développé; néanmoins, avec beaucoup d'attention et de précaution on y parvint. A la douzième injection, le petit malade commença à entendre et au bout de vingt injections l'ouïe était en grande partie revenue.

Je soigne aussi en ce moment, un peu malgré moi comme on va le voir, un malade âgé de 35 ans, atteint de syphilis spinale. Il a contracté la syphilis il y a douze ans. Je l'avais guéri il y a six ans par des injections sous-cutanées, d'une iritis-spécifique grave, lorsqu'il y a deux ans il fut pris de douleurs dans les membres inférieurs avec parésie, impuissance génitale absolue. Il consulta la plupart des syphiligraphes connus de Paris, qui le soumirent à l'iodure de potassium à haute dose et aux frictions mercurielles. Il ne retira aucun bénéfice appréciable de ces médications. C'est alors qu'il me pria de lui faire des injections sous-cutanées qui lui avaient si bien réussi pour son affection oculaire. Les injections sous-cutanées l'améliorèrent un peu, mais sans le guérir. En présence de ces résultats négatifs, je me suis décidé à lui faire des injections intra-veineuses

qui seules ont fait disparaître l'impuissance génitale et les troubles sensitifs et moteurs des membres inférieurs.

De même les injections intra-veineuses sont à placer en première ligne dans le traitement de la syphilis sénile, j'entends par là celle contractée à un âge avancé. Elle est toujours très grave et se laisse modifier fort peu par les pilules et les frictions, l'iodure de potassium, etc. Les lésions des membranes profondes de l'œil, si tenaces en pareil cas, ne cèdent souvent qu'à l'emploi des injections intra-veineuses qui ont de plus l'avantage de fatiguer moins le malade que que tout autre traitement.

En terminant, je reviendrai sur la proposition déjà faite et souvent renouvelée par M. Jullien, proposition que j'ai moi-même soutenue à plusieurs reprises, c'est qu'il conviendrait de traiter de cette façon les malades aussitôt que possible.

Les injections devraient être commencées dès que le diagnostic de chancre induré infectant est bien confirmé, sans attendre même l'apparition des accidents secondaires qui, souvent, sont insignifiants et passent même inaperçus.

Il est impossible, en effet, au début d'une syphilis, de savoir si elle sera grave ou non et comment elle évoluera. Quelquefois des accidents secondaires qui semblent témoigner d'une grande malignité disparaîtront laissant le malade tranquille jusqu'à la fin de ses jours. D'autres fois au contraire, quinze, vingt ans, après un début des plus bénins apparaîtront des complications redoutables dont il sera fort difficile de se rendre maître.

En outre, telle syphilis qui évoluerait tranquillement sans inquiéter beaucoup un malade qui serait placé dans de bonnes conditions d'hygiène, changera subitement d'allure et de caractère si la misère, l'alcoolisme ou d'autres maladies intercurrentes viennent se jeter à la traverse. Leur action nocive vient s'ajouter à celle de la syphilis qui sans cela serait peut-être toujours restée latente.

C'est en raison de ces faits, de notion vulgaire aujourd'hui, que toute syphilis au début doit être considérée comme devant ou pouvant devenir grave et soignée en conséquence.

Un coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel.

Par le professeur A. SCARENZIO.

Une question quelle qu'elle soit qui depuis trente ans occupe l'attention du monde savant, trouve dans cette seule circonstance la preuve

évidente de son importance. Nous avons à le vérifier particulièrement dans notre spécialité en voyant qu'avec une méthode de traitement extrêmement simple on obtient les plus grands effets. Il y a bien là de quoi retenir l'attention des observateurs, provoquer leur contrôle en même temps que les tentatives de perfectionnement tant pour constater mieux la vérité des faits que pour écarter les obstacles susceptibles d'entraver le nouveau mode d'expérimentation.

C'est ce que nous avons pu observer à propos des injections sous-cutanées et intra-musculaires de calomel contre la syphilis. Plus de 360 travaux écrits par plus de 270 auteurs sont le témoignage du scrupule avec lequel la méthode a été étudiée pour arriver, en suivant une progression non discontinuée, à une ère de stabilité désormais acquise.

Assurément, pour s'en tenir à l'absolue simplicité dans le traitement hypodermique de la syphilis, il semblait logique de s'arrêter au sublimé qui en sa qualité de bichlorure devait être assimilé bien vite aux chlorures alcalins du sang. Mais, il y avait lieu de craindre une action locale trop énergique en l'employant à haute dose, ou bien, de le trouver insuffisant s'il eût été dilué assez pour le rendre inoffensif, aussi bien pour la voie hypodermique qu'endo-veineuse. Et cela les observations cliniques et expérimentales de Massaza, Colombini, de Michele l'ont confirmé. C'est alors que nous pensâmes au calomel qui, dépourvu d'action irritante immédiate, et insoluble dans l'eau, devrait fatalement, au contact des chlorures alcalins du sang, se transformer d'une façon lente et progressive en sublimé lequel à l'état naissant serait livré par l'absorption à la circulation. En préférant le calomel nous nous exposons au reproche d'être sorti de la simplicité souhaitée tant au point de vue du remède que de son mode d'application. Mais, nous eûmes immédiatement des résultats tellement brillants que nous nous primes à douter s'ils agissait d'un effet curatif bienfaisant ou d'un de ces arrêts soudains tels qu'on en voit souvent dans le propre décours de la syphilis. Il fallut la répétition de ces bons effets, la persistance de cet état de guérison, la survenue d'une certaine irritation gingivale lorsque la dose du médicament était abondante et, plus que tout cela, le permanent constat du mercure dans la salive et dans les urines des sujets vierges de cures mercurielles antérieures pour me persuader que le calomel déposé sous la peau était réellement transformé en un sel soluble et comme tel absorbé et introduit dans le torrent circulatoire.

Localement, c'était à ce moment la partie supérieure externe du bras, se développait toujours un petit abcès, jamais grave, qui donnait lieu à l'issue d'un peu de matière purulente mêlée à du sang accompagné d'un petit flocon de tissu cellulaire mortifié et toujours imprégné de calomel.

Les malades guérissaient et l'on ne regrettait pas d'affronter un tel accident pour faire disparaître une affection grave telle que la syphilis constitutionnelle. Mais le calomel trouvé dans ce bourbillon nous fut une révélation. Il nous montrait que la quantité habituelle de 20 à 30 centigr. était excessive et nous nous mîmes à la réduire à 10 centigr. Les symptômes locaux furent adoucis et le résultat thérapeutique n'en fut pas amoindri.

Malgré tout, le développement de cet abcès inoffensif était l'épouvantail que l'on opposait toujours aux injections de protochlorure en les comparant à celles d'autres sels mercuriels qui à l'exception du sublimé ne furent pas soumis à une expérience suffisante.

Entre temps un autre obstacle venait du manuel de la petite opération. Le mélange de gomme, ou la glycérine, ou l'huile ordinaire jusqu'alors employés empêchaient par leur densité une parfaite suspension de la matière saline ; et l'obstruction de l'aiguille interrompait parfois l'injection, obligeait à répéter la piqûre et multipliait encore les abcès. La méthode ne perdait pas beaucoup de sa valeur pour cela, et il suffit de parcourir l'index bibliographique publié par Soffiantini pour voir combien d'illustres syphiligraphes ont cru devoir l'expérimenter et l'appuyer de 1864 à 1883.

Une révolution favorable se produisit en 1883 quand le professeur Smirnof (d'Helsingfors) indiqua la région rétro-trochantérienne comme la plus appropriée, pratique qui, modifiée encore par l'injection intra-musculaire, donna constamment d'heureux résultats, ce qui encouragea pour l'emploi du traitement en question.

Il restait encore à surmonter l'écueil de la difficulté pratique et sans ombre d'exagération on peut dire que, si on n'y était arrivé, les injections de calomel n'auraient jamais pris l'extension qu'elles ont aujourd'hui. Tout le mérite en revient à Balzer, qui en 1887 proposa et adopta comme moyen de suspension, l'huile de vaseline, offrant ainsi aux praticiens un excipient supérieurement fluide et antiseptique dans lequel la suspension s'obtient d'une façon facile et absolument parfaite, ce qui n'empêche pas qu'on peut se servir d'autres substances de qualités physiques semblable. Mais le fait pour l'huile de vaseline d'être antiseptique par elle-même et de n'avoir besoin d'aucune préparation la rendra toujours préférable à tout autre véhicule.

Donc les praticiens sont en possession d'un moyen d'une application pratique et qui apporte les effets d'une action prompte et durable, comme le prouvent les expérimentations de Massaza, Colombini et de Michele.

On peut en graduer les effets et même les supprimer. Aussi, me semble-t-il inutile de chercher à réfuter les objections tirées des accidents qui ont été parfois signalés. D'ailleurs cette tâche a été accomplie par mon très cher ami Jullien au Congrès de dermo-syphiligra-

phie de 1894 tenu à Lyon, et tout récemment par Nicholich, chirurgien en chef de l'hôpital de Trieste.

En résumé, on peut affirmer en toute certitude que, pour qui voudra suivre les règles tracées par Jullien, aucun des accidents qu'on a eus à regretter ne se présentera, à la condition toutefois que le médecin se rappelle qu'il a affaire à des malades qui ne sont pas tous identiques et dont les conditions particulières peuvent et doivent présenter des indications particulières.

Traitement de la syphilis au Dispensaire (1) municipal de la ville d'Alger, pendant l'année 1895.

Par MM. REY et L. JULIEN (d'Alger).

Durant l'année 1895, nous avons continué l'emploi exclusif des injections interstitielles de sels mercuriaux insolubles chez les femmes atteintes d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tardifs, graves ou légers.

Nous avons eu recours tantôt au calomel, tantôt à l'oxyde jaune, savoir :

Injections à l'oxyde jaune.....	170
Injections au calomel.....	79
Total.....	249

pour 61 malades, dont 20 européennes et 41 mauresques.

À la suite de ces injections, nous avons constaté :

1° Un cas de stomatite légère, provoqué par une injection d'oxyde jaune. De nouvelles doses du même sel, et même de calomel, n'ont pu déterminer ultérieurement, chez la même malade, cette légère complication.

2° Un abcès à pseudo-pus chocolat, consécutif à une première piqûre d'oxyde jaune, sur une négresse. Il est vrai que cette femme avait enlevé immédiatement la rondelle collodionnée placée sur la piqûre. Du reste, deux autres introductions du même sel, dans le même sujet, n'ont donné lieu à aucun accident. Ajoutons que l'abcès guérit rapidement, sans cicatrice appréciable.

Sauf la légère poussée pyalique signalée ci-dessus, nos 249 injections n'ont déterminé aucun trouble du tube digestif. Pour la presque totalité de nos malades, l'état général s'est toujours sensiblement amélioré. Toutefois nous devons reconnaître que ces syphilitiques sont pour la plupart des prostituées de bas étage, pour lesquelles

(1) On désigne ainsi, à Alger, le service des vénériennes cartées.

L'excellent régime alimentaire du Dispensaire municipal est un puissant appoint de réfection.

Les injections n'ont presque jamais été douloureuses. Après avoir apprécié les effets de cette méthode, les syphilitiques européennes lors de leur sortie nous demandent la faveur de les autoriser à venir se faire piquer à jour fixe. Depuis assez longtemps déjà, cet exemple est également suivi par les mauresques.

Dans notre clientèle privée, les malades paraissent plus sensibles à l'élément douleur, et, la première fois surtout, l'appréhension est plus vive. Les piqûres ultérieures sont plus facilement supportées, réclamées même par le patient, surtout quand il a subi une médication interne antérieure.

Quelle est maintenant la valeur thérapeutique des deux sels, pourquoi avons-nous eu recours surtout à l'oxyde jaune, dans le cours de l'année 1895.

C'est que avec le calomel, le plus souvent administré durant les années précédentes, il se produisit, pour le tiers des cas environ, au niveau de la piqure, une nodosité de dimensions variables, depuis celle d'un pois jusqu'à une noix de moyen volume. Presque toujours indolores, ces indurations s'effaçaient graduellement, d'habitude en deux septénaires au plus. Aussi est-ce uniquement pour éviter ce léger désagrément à nos malades, que, dès les premiers jours de 1895, nous nous sommes bornés à l'emploi de l'oxyde jaune. Mais nous pensons devoir y renoncer à peu près complètement, découragés par son infériorité curative.

S'il dispense des nodosités, il n'est pas douteux qu'il n'entraîne qu'une disparition beaucoup plus lente des accidents, quelle que soit leur nature. Il laisse un plus large champ aux plaques muqueuses, rares au contraire avec le calomel et toujours éphémères. Nous avons vu les poussées cutanées sévères résister obstinément à l'oxyde jaune, progresser même et s'étendre chez des sujets robustes et en bon état.

Pour ces malades, la substitution du calomel, même à la dose relativement faible de 5 centigrammes, nous a permis d'observer en peu de jours les effets les plus heureux. Et il est certain pour nous qu'on ne peut pas invoquer la tardive intervention de l'oxyde jaune, n'agissant qu'à la longue après un laps de temps plus ou moins prolongé. Tant que durait la période jaune, on pouvait suivre pas à pas la marche excentrique envahissante du processus circiné, alors que, en quelques jours seulement, le calomel l'arrêtait pour ainsi dire sur place et terminait par un nivellement rapide les désordres cutanés.

A l'appui de ces points, nous avons cru devoir fournir un remarquable exemple, dessiné par nos soins et dont voici l'historique brièvement résumé :

R. M..., 25 ans, très robuste. Arrêtée pour chancre mixte de la grande lèvre droite (inoculation positive) le 18 mai 1895.

Apparition de papules le 6 août ; elles se transforment en larges plaques papulo-squameuses, à marche excentrique, guérissant au milieu et gagnant en surface. Effet nul de septième injection d'oxyde jaune. Le 30 novembre, injection de cinq centigrammes de calomel ; marche des accidents enrayée cinq ou six jours après la première piqûre ; guérison à peu près complète en un mois environ avec trois piqûres.

CONCLUSIONS. — Le calomel est infiniment supérieur à l'oxyde jaune et aux autres composés mercuriaux que nous avons employés antérieurement.

Après une tentative prolongée de retour à l'oxyde jaune, le calomel s'est de nouveau imposé.

Avec toutes les précautions antiseptiques, avec une aiguille suffisamment longue et bien calibrée, on évite d'ordinaire tout accident.

Nous n'employons que des produits de premier ordre, dans l'eau gommeuse pure, rarement au delà de cinq à sept centigr. tous les deux septénaires. Nous avons écarté la cocaïne qui, rarement utile, entraînait parfois dans la marche un engourdissement pénible et prolongé.

Traitement de la syphilis par les injections d'huile au biiodure de mercure.

Par M. E. DE LAVARENNE.

Ayant pratiqué, depuis 1892, 1,325 injections d'huile biiodurée chez 76 malades syphilitiques, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de communiquer mes observations sur ce mode de traitement, et les résultats que j'ai obtenus. Ces injections ont été faites dans des conditions spéciales, dans une station thermale, concurremment avec une cure d'eaux sulfurées sodiques.

*
*
*

L'huile biiodurée est d'une fabrication délicate ; il est nécessaire qu'elle puisse se conserver, un certain temps du moins, en gardant le biiodure en solution parfaite ; celle dont je me suis servi répondant à ce desideratum, j'en donnerai la formule exacte.

On prend de l'huile d'olive fine qu'on laisse au contact d'alcool à 90 degrés, pendant quatre jours, en agitant plusieurs fois par jour, pour la débarrasser de l'acide oléique libre qu'elle peut contenir ; on décante avec soin, à l'aide d'un robinet de verre placé à la partie in-

férieure du flacon dans lequel l'épuration a été faite. L'huile ainsi recueillie est chauffée à 110 degrés ; lorsqu'elle atteint cette température, on laisse refroidir à 70 degrés ; à ce moment, on ajoute du biiodure de mercure en quantité suffisante pour que chaque centimètre cube d'huile contienne 4 milligrammes de biiodure. La dissolution demande, pour être complète, environ une demi-heure, pendant laquelle la température doit être scrupuleusement maintenue à 70 degrés : une température inférieure ne permettrait pas la dissolution, une température supérieure amènerait un changement moléculaire dans la composition du biiodure qui se précipiterait sous forme d'une poudre jaune insoluble. L'opération terminée, on filtre et l'on met en flacon de verre teinté, soigneusement aseptisé et bouché à l'émeri.

Par ce procédé, on obtient une huile contenant exactement 4 milligrammes par centimètre cube, qui est stable, et se conserve parfaitement ; j'ai pu, en effet, en garder plusieurs flacons pendant une année, sans qu'il y eût la moindre précipitation de biiodure, et m'en servir sans constater de différences entre son action et celle d'huile fraîchement préparée.

*
* *

Pour pratiquer les injections, j'ai adopté la technique suivante, que je donne en détails, car je suis convaincu que l'innocuité de ce mode de traitement tient beaucoup à l'observance absolue des précautions minutieuses qu'il exige.

Le malade est étendu à plat ventre, sur un sofa ; avec du coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten ou d'éther au sublimé qui a l'avantage d'insensibiliser légèrement, je nettoie la peau de la région où doit être faite la piqûre, c'est-à-dire la partie la plus charnue de l'une ou l'autre masse fessière. Je remplis une seringue de Roux de 2 centim. cubes, préalablement stérilisée, puis je place l'aiguille. Alors, je pince profondément les téguments entre le pouce et les doigts de la main gauche de façon à immobiliser autant que possible les muscles sous-jacents, et je pique d'un coup sec, dans une direction bien perpendiculaire à la surface cutanée, de façon à enfoncer l'aiguille en un seul temps, profondément, jusqu'à la garde. Après m'être assuré qu'aucun vaisseau n'est touché, je pousse le piston de la seringue très doucement, ne mettant pas moins de quatre à cinq minutes pour faire pénétrer 2 centim. cubes. L'injection terminée, je retire rapidement l'aiguille ; sur la piqûre, je mets un peu de coton hydrophile trempé dans le Van Swieten ; puis, pendant trois à quatre minutes environ, je pratique, dans le but de diffuser l'huile, un massage profond, excentrique, des masses musculaires où a été faite la

piqûre. Suivant l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse, je me sers d'une aiguille plus ou moins longue, de façon, autant que possible, à ne faire l'injection que dans le muscle; je reviendrai d'ailleurs sur ce point.

*
* *

Les syphilitiques que j'ai à soigner sont, pour la plupart, des malades auxquels leur médecin a prescrit un traitement mercuriel intensif et viennent aux eaux sulfureuses pour retirer de ce traitement un maximum d'effet dans le moins de temps possible. C'est dans ces conditions que se trouvaient les 76 malades qui font l'objet de cette note et auxquels j'ai pratiqué 1,325 injections, à savoir :

1892.....	49 injections	4 malades.
1893.....	315	—	10 —
1894.....	401	—	22 —
1895.....	560	—	32 —

Ce qui fait approximativement, par malade, 18 injections pour une cure de vingt-cinq jours. Mais, ce n'est là qu'une moyenne; et, dans certains cas, j'ai pu m'arrêter après 10 injections, tandis que dans d'autres, je suis arrivé en trois mois jusqu'à 61.

D'une façon générale, après quelques jours du traitement sulfureux, je commence les injections, en allant par séries de trois ou quatre jours, avec un jour de repos dans l'intervalle des séries. Suivant les cas, l'iodure de potassium est, ou n'est pas, associé au mercure. Opérant ainsi, je n'ai jamais constaté de phénomènes d'intolérance, ni d'intoxication, malgré les fortes doses de biiodure de mercure absorbé.

En ce qui concerne l'injection considérée en elle-même, si l'on pince bien la masse musculaire et la peau, si l'on pousse rapidement l'aiguille, la piqûre est à peine sentie; il en est de même de l'introduction de l'huile, à la condition, toutefois, de manœuvrer très doucement le piston, et de s'arrêter un instant toutes les trois à quatre gouttes. J'ai pu ainsi éviter la sensation pénible de déchirement dont se plaignaient mes malades, lorsque, au début, je faisais trop rapidement l'injection. Dans certains cas, l'opération est si peu sensible, que les malades ne s'en aperçoivent même pas, et sont étonnés lorsqu'on leur annonce qu'elle est terminée.

Quant aux inconvénients que l'on attribue généralement aux injections mercurielles de produire des abcès, des nodi, de déterminer de la douleur, etc., ils se sont montrés insignifiants avec l'huile biiodurée.

Je n'ai jamais observé de stomatite; il est vrai que, quel que soit

le traitement mercuriel, avec les sulfureux elles sont une très rare exception.

Je n'ai pas observé non plus d'abcès. Les règles de l'asepsie ayant été rigoureusement observées, on peut en conclure que l'huile bi-iodurée n'est pas phlogogène. Du moins qu'elle ne l'est pas dans les conditions où je m'en suis servi, c'est-à-dire en la portant dans le muscle, terrain peu favorable aux suppurations, en poussant doucement l'injection, pour éviter autant que possible toute dilacération, toute mortification des tissus pouvant entraîner un processus inflammatoire. Et le fait a d'autant plus de valeur que les malades étaient en même temps soumis au régime des eaux sulfurées, qui ont un pouvoir pyogénique indiscutable.

Chez certains malades, les nodi ne se produisent pas : c'est ainsi que j'ai pu faire sur un même sujet 25, 30 et même, dans un cas, 60 injections sans en observer. Chez d'autres malades, on sent au niveau de la piqûre et deux jours après environ, une induration, aplatie, plus ou moins large, à peine sensible à la pression, ne provoquant pas de gêne, et en tous cas, peu volumineuse, car je pouvais, sans que le malade en soit incommodé, faire jusqu'à 10 ou 12 injections consécutives dans la même masse musculaire. Ces indurations persistent, plus ou moins longtemps, parfois plusieurs mois. D'une façon générale, les nodi ne s'observent pas chez les sujets maigres, mais chez ceux ayant une couche assez épaisse de tissu cellulo-adipeux. Il me semble qu'on peut en conclure que, dans le premier cas, l'injection est faite dans le muscle, dans le second, dans le tissu cellulaire. L'expérience suivante semble le prouver. Chez un même sujet, j'ai pratiqué dans les muscles fessiers deux injections d'un centimètre cube chacune, qui n'ont laissé aucune trace ; par contre, une injection faite dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale donnait un nodus, encore appréciable et sensible plusieurs mois après. Il faut donc s'efforcer d'arriver jusqu'au muscle, et pour cela, se servir d'aiguilles de longueurs appropriées. Jusqu'à présent je n'ai fait usage que de deux types d'aiguilles, je me propose dorénavant d'en avoir un jeu plus complet.

La douleur est très variable ; elle varie de caractère et d'intensité d'un sujet à un autre, elle varie chez un même sujet, d'un jour à l'autre, et même d'un côté à l'autre du corps. Tel qui souffre du côté droit ne souffrira pas du côté gauche, et inversement ; cependant, il m'a semblé, comme à M. Feulard, que le gauche était plus souvent insensible que le droit. Certains sujets ne souffrent pas au moment de l'injection et ne souffrent pas non plus après ; plusieurs de mes malades pouvaient, de suite après leur piqûre, monter sans aucune gêne, soit à cheval soit à bicyclette.

La plupart ressentent une sorte d'engourdissement partant du point

de la piqûre, plutôt agaçant que douloureux, qui dure une heure à deux heures, atteignant son maximum 20 minutes ou une demi-heure après l'injection. Je n'ai observé que trois malades qui se sont plaints d'une véritable douleur, laquelle survenait de suite après l'injection, durait une heure environ et laissait pendant quelques heures une sorte d'engourdissement. Ces malades avaient une épaisse couche de tissu cellulo-adipeux. Je dois dire, à ce propos, que j'ai remarqué une sorte de parallélisme entre les nodi et la douleur : pas de douleur, pas de nodi. En tout cas, jamais cette douleur n'a entraîné, ne serait-ce qu'un instant, l'impotence du membre injecté, jamais je n'ai vu un de mes malades, même pusillanime, en être réellement incommodé et obligé de suspendre son traitement, en somme sévère, puisque l'injection se renouvelle presque chaque matin. Je dois ajouter que la plupart de mes malades se rendent au bain, peu après l'injection.

Sur mes 76 malades, il n'y a eu que quatre femmes dont deux étaient de véritables névropathes. Les hommes étaient surtout des adultes de trente à quarante-cinq ans : le plus jeune avait vingt et un ans, le plus âgé soixante ans. Tous ont également bien supporté le traitement.

En somme, les injections d'huile biiodurée, si on peut leur reprocher de nécessiter l'intervention fréquente du médecin, présentent ce grand avantage d'être absolument exemptes de dangers, et de n'en courir que d'une façon insignifiante les reproches adressés aux injections mercurielles. Elles méritent donc toute l'attention des syphiligraphes, car elles présentent tous les avantages des injections, à savoir : dosage facile et exact du médicament, garantie d'absorption, rapidité et sûreté d'action thérapeutique.

D'ailleurs, le professeur Panas emploie déjà depuis plusieurs années, les injections d'huile biiodurée dans le traitement de la syphilis oculaire; or, syphilis oculaire dit par là même syphilis sévère; on peut donc conclure des résultats obtenus par le savant ophtalmologiste à l'action énergique de l'huile biiodurée dans les syphilis graves. C'est là, du reste, ce qui ressort de mes observations.

*
* *

Cette action dans la syphilis oculaire s'est montrée des plus nettes chez un jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-sept ans, atteint de syphilis héréditaire, que j'observe depuis 1880 et que M. le professeur Fournier connaît bien. Jusqu'en 1892, entre autres accidents, tels que gommages pharyngées, nécrose des incisifs, il fut sujet à des poussées continuelles de kérato-conjonctivite, malgré les traitements mercuriels et iodurés les mieux suivis. En août 1892, je commençai les injections par une série de 25. Celles-ci ont été continuées, sur les

conseils de M. Fournier, par séries de 15, puis de 12, de 10, que l'on éloignait de plus en plus : depuis lors, aucun accident n'est survenu. Au début, les injections étaient pour lui peu sensibles ; elles le sont devenues cette année surtout, depuis qu'il a pris un embonpoint notable pour son âge.

C'est le seul malade atteint de syphilis héréditaire et c'est le premier de mes malades auxquels j'ai fait des injections d'huile biiodurée ; les autres étaient soit des syphilitiques à une période d'infection récente, soit des syphilitiques plus ou moins anciens, atteints d'accidents tertiaires.

I. — Dans la première catégorie : a) 21 malades avaient des syphilis à évolution normale, plus ou moins accentuée. Ils ont été soumis aux injections, les uns parce qu'ils trouvaient le traitement ainsi plus commode, plus facile à dissimuler ; les autres parce qu'ils étaient indociles et que c'était le seul moyen de s'assurer que le traitement était réellement fait ; d'autres parce qu'ils supportaient difficilement le mercure par la voie stomacale ou qu'ils ne pouvaient faire, sans poussées de dermatite, les frictions mercurielles qui leur étaient recommandées ; b) 11 malades étaient atteints d'accidents cutanés ou muqueux, rebelles à tout traitement, remarquables les uns par leur ténacité ou la fréquence de leurs récives, les autres par leur nature maligne. Sans entrer dans les détails, je mentionnerai comme exemples : d'une part deux malades mari et femme, qui depuis huit ans étaient sujets à des poussées de syphilides muqueuses pharyngées et buccales, des syphilides papulo-squameuses que rien ne pouvait empêcher ; les injections les ont fait disparaître en 1892, et depuis lors, elles n'ont plus reparu. Je citerai aussi un malade, syphilitique de deux ans, s'étant soigné très scrupuleusement, qui avait aux deux jambes et au tronc des syphilides serpigneuses, tuberculo-croûteuses et dont la guérison fut obtenue en vingt-cinq jours, par des injections.

Dans ces cas, l'action seule des injections peut être invoquée ; on ne peut pas, en effet, faire entrer en ligne de compte l'action des eaux sulfurées, car je soignais les deux premiers malades depuis trois années par les frictions, et le second avait fait l'année précédente, en 1892, une cure intensive ; depuis 1893, il n'a plus eu d'accidents.

Cette action de l'huile biiodurée s'est manifestée nettement chez deux malades atteints de syphilis malignes, dont voici en quelques mots l'histoire :

Le premier était un jeune officier de vingt-cinq ans, syphilitique de deux ans, atteint de céphalée, d'insomnies, de neurasthénie lui empêchant tout travail, tout effort musculaire. A la suite d'une bronchite grave, il fut envoyé à Caunterets où on le soumit sans résultat aux frictions mercurielles, sans résultat sur sa syphilis ! car elles avaient déterminé de la stomatite. Je le soignai un mois plus tard sur

les conseils du D^r Perrin de Marseille, et connaissant l'insuccès des frictions, je pratiquai les injections. Dès la quatrième injection, le malade pouvait dormir tranquillement, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux ans; les douleurs disparaissent, et après quinze jours il pouvait sans fatigue monter à cheval, faire de longues courses à pied; ce fut une véritable transformation.

Même action, aussi évidente, chez un malade de quarante-trois ans, syphilitique depuis un an, atteint de douleurs lombaires des plus violentes, le rendant absolument impotent, avec sensation de constriction du pied gauche, légère augmentation des réflexes, des vertiges, douleurs de tête, insomnies, phénomènes vraisemblablement méningo-myéliques. Pendant quinze jours, les frictions n'amenèrent aucune amélioration; bien au contraire des troubles des sphincters étaient même survenus. Après quelques jours de repos, je commençai les injections; dès la cinquième, les douleurs diminuaient, et au bout de trois semaines le malade pouvait, sans inconvénient, commettre l'imprudence de faire 50 kilomètres en bicyclette.

II. — Parmi les malades arrivés à la période des accidents tertiaires, j'en ai observé trois, atteints de syphilis linguale ayant résisté à tout traitement.

L'un d'eux, âgé de cinquante-huit ans, était syphilitique depuis trente-six ans: il avait de la glossite depuis huit ans, qui avait pris naissance au niveau d'une dent malade. Le diagnostic fut fait en 1893, par le D^r Stakler qui soumit le malade aux injections de sublimé; sous l'influence de ces injections, une amélioration se produisait, mais dès qu'on les cessait les accidents survenaient à nouveau. Je l'ai soumis aux injections d'huile biiodurée en 1893, 1894, 1895; il est absolument guéri, c'est à peine si l'on voit la trace d'une ulcération qui en avait imposé d'abord pour un épithéliome.

J'ai noté la même action chez les deux autres malades dont l'un, syphilitique de seize ans, était soigné par moi depuis 1891 par des frictions, sans résultat. Cette année-ci, sur les conseils du D^r Reynier, il s'est décidé à se soumettre aux injections d'huile biiodurée qui ont amené une modification très notable de sa langue au point de vue objectif, mais sensible surtout pour le malade au point de vue fonctionnel.

Sur le troisième malade, même résultat, qui, en même temps, se faisait sentir sur une syphilide palmaire gauche, laquelle, depuis quatre ans, résistait à tous les traitements et qui fut absolument guérie en trois semaines.

Cette action sur des syphilides palmaire et plantaire rebelles s'est du reste montrée des plus manifestes dans deux autres cas: chez un syphilitique de six ans, et chez un syphilitique de treize ans, alors que les frictions n'avaient donné aucun résultat, l'un et l'autre malades observés par le D^r Brocq.

Dans la syphilis viscérale, j'ai constaté des effets non moins probants dans un cas d'hépatite syphilitique avec énorme hypertrophie du lobe gauche, teinte subictérique, accidents de dyspepsie, chez un malade de trente-sept ans, brésilien d'origine, syphilitique depuis treize ans. Les injections ne firent qu'accentuer la marche vers la guérison, qui semblait être arrêtée, après avoir commencé sous l'influence des frictions mercurielles ordonnées par les D^{rs} Florand et Faisans qui firent le diagnostic. Dans un cas d'adénopathie bronchique avec réflexes laryngo-trachéal, toux, spasmes, bronchorrhée, qui avait résisté aux frictions et à l'iode.

Dans un cas d'orchite spécifique chez un malade de trente ans, syphilitique depuis quatre ans, il me fut possible d'obtenir la résolution en trente jours.

Dans un cas diagnostiqué *aortite*, chez un malade de cinquante ans, syphilitique depuis dix ans, chez lequel les manifestations cutanées et muqueuses n'avaient jamais cessé, et qui avait été atteint de plusieurs crises de douleurs rétro-sternales, avec angoisse, dyspnée, battements artériels, ces accidents n'ont plus reparu depuis une première cure d'injections en 1894 ; une seconde cure de 10 injections a été renouvelée sur le conseil du médecin traitant en 1895.

Dans un autre cas d'aortite avec ectasie chez un malade de quarante-trois ans, ayant eu une syphilis légère, treize ans auparavant, et que je traitais sur les conseils des docteurs Plicque et Duguet qui avaient posé le diagnostic, les frictions n'amenant aucune amélioration je pratiquai les injections : à la cinquième injection, la gêne rétro-sternale, l'oppression dont se plaignait surtout le malade, commençaient à diminuer, pour bientôt disparaître. En même temps, s'amendaient les signes objectifs : souffle, matité. J'ai eu, il y a quelques jours, par le docteur Plicque, des nouvelles de ce malade : il le considère comme guéri, autant qu'on peut guérir d'une aortite.

Je terminerai par la syphilis nerveuse. Deux cas de paralysie générale au début : Un syphilitique de vingt-cinq ans, âgé de cinquante-deux ans, a été observé pendant trois mois et demi et soumis en 1894, sur les conseils du D^r Brissaud, à 60 injections ; il y a, depuis lors, un temps d'arrêt manifeste dans l'évolution de la maladie. M. Chauffard a constaté ce même arrêt chez un jeune homme de trente ans, syphilitique de douze ans, soumis en 1895 à 18 injections, concurremment avec le traitement ioduré.

J'ai pu arriver à une disparition complète des accidents chez un malade de trente-huit ans, syphilitique depuis seize ans, atteint de vertiges, céphalée, diplopie, abolition des réflexes, douleurs d'abord prises pour de la sciatique, déjà très amélioré par les frictions conseillées par le professeur Spillmann, qui, depuis, a permis le mariage.

J'ai pu compléter la guérison d'un malade vu par le professeur

Joffroy, atteint cinq mois auparavant de paralysie de la 6^e paire, diplopie, strabisme convergent, avec hémiplégie droite surtout prononcée au membre supérieur, et sur lequel les frictions n'avaient plus de prise.

Je citerai encore deux femmes atteintes d'insomnie, de vertiges, d'encéphalopathie : l'une syphilitique de trois ans chez laquelle le traitement mercuriel et ioduré à l'intérieur non plus que les frictions n'avaient aucune prise ; l'autre dont la syphilis avait été diagnostiquée ensuite par M. Besnier et par M. Fournier, et qui ne pouvait supporter ni frictions ni pilules mercurielles.

J'ai soumis aux injections deux cas de méningo-myélite traités par M. Brissaud : l'un était un homme de quarante-deux ans, syphilitique de vingt ans, atteint de méningo-myélite cervicale avec paralysie des extenseurs, en période d'activité progressive, que ni frictions, ni électrothérapie ne pouvaient enrayer et qui fut arrêtée, puis améliorée par les injections faites en 1894 et en 1895 ; l'autre était un malade de cinquante-deux ans syphilitique de vingt-neuf ans, atteint de méningo-myélite dorso-lombaire, avec sensations constrictives des genoux, du ventre, contractures, disparition de la sensibilité, raideur articulaire, qui fut très améliorée.

Enfin, j'ai traité quatre cas de tabes. Dans l'un, chez un malade de trente-huit ans, syphilitique de quinze ans et dont le début des accidents remontait à deux ans, surtout remarquable par les douleurs violentes, l'incoordination précoce, les phénomènes de dénutrition, je n'ai obtenu aucun résultat, bien que sur les conseils du professeur Raymond, le malade se soit soumis pendant plus de deux mois au traitement.

Cependant chez un autre malade, de trente-six ans, syphilitique de quinze ans et dont les accidents dataient de deux ans, à la suite de l'influenza, j'ai obtenu la disparition presque complète de la douleur, le retour de la sensibilité plantaire, une diminution très notable de l'incoordination, plus d'assurance dans la marche : amélioration qui semble se maintenir, ainsi que me l'a confirmé le Dr Delpuech qui suit ce malade.

Enfin je terminerai par un cas que je considère comme des plus intéressants. C'est celui d'un jeune homme de trente-deux ans, syphilitique de sept ans, que je soigne depuis 1892. A cette époque, mydriase gauche, diplopie, douleurs fulgurantes, réflexes abolis, signe de Romberg : injections, guérison, si bien qu'on se demande s'il n'y a pas là des phénomènes hystériques et que son médecin parle d'autoriser son mariage. Dans le courant de l'hiver 1893, retour des accidents ; nouvelle guérison absolue obtenue en août. En 1894, reprise des douleurs, un peu de vertige, impuissance, perte du réflexe rotulien droit ; nouvelle guérison. Enfin, de même en 1894-1895, quel-

ques douleurs, un peu de vertige, impuissance; guérison en août. Depuis lors, les douleurs ont disparu, mais, à nouveau, le malade est impuissant et affligé de pertes séminales depuis un mois. Il n'y a pas de doute sur la nature tabétique des accidents reconnus à plusieurs reprises par M. Dejerine. Les choses en sont là. Depuis quatre ans, on semble lutter avec succès contre le tabes; pas un seul jour le malade n'a été obligé d'interrompre l'exercice de sa profession qui est très fatigante.

Du reste on peut observer des cas de guérison de tabes confirmé, et je pourrais citer l'exemple d'un malade que j'ai soigné sur les conseils du professeur Fournier, que je vois encore chaque année, et qui est aujourd'hui absolument guéri, bien qu'il ne fût pas seulement prétabétique, mais déjà ataxique au début du traitement; chaque année, par mesure de précaution, il se soumet à une cure d'injections.

* *

En somme, les injections d'huile biiodurée se sont toujours montrées exemptes de danger; dans bien des cas, elles ont été particulièrement efficaces là où les anciennes médications mercurielles avaient épuisé leur action ou échoué. Je me crois donc autorisé à dire que ces injections méritent une place honorable parmi les médications intensives de la syphilis.

Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles, et de préférence de calomel.

Par M. BARTHÉLEMY.

Au point où en est arrivée cette discussion il faut éviter les redites et les répétitions. Je ne reproduirai donc plus les raisons d'ordre divers certainement exposées, — depuis le Congrès de Paris (1889), le Congrès de Vienne (1892), le Congrès de Lyon (1894), jusque dans les séances de cette Société (19 avril 1895 et 14 novembre 1895) — pour lesquelles je ne crois pas à l'utilité de la généralisation, de la systématisation ou de l'exclusivisme du traitement de la syphilis par les injections.

Je persiste à penser qu'il n'y a lieu de les employer que d'une manière exceptionnelle, en ce sens que dans les cas bénins — il ne faut pas oublier que même en syphiligraphie, ce sont les plus nombreux — il n'y a aucun avantage à les préférer au traitement par les

pilules ou par les frictions. Quand il n'y a pas une indication formelle, on ne peut astreindre un malade à la perte de temps, aux dépenses, aux risques même du traitement par les injections. D'autre part, dans un service d'hôpital où les malades sont nombreux, il n'est pas possible au chef de service de faire soigneusement, exactement et autant qu'il le faut, des injections à tous les malades, et pourtant ce traitement ne peut être, comme celui des pilules ou même des frictions, abandonné aux mains des infirmiers ou des surveillants : de là une notable difficulté de pratique courante. Celle-ci s'accroît encore si, au lieu des préparations insolubles (par exemple un gramme d'huile, 5 centigrammes de calomel, pour chaque injection hebdomadaire), on a recours aux injections de préparations solubles, qu'il s'agisse de peptonate, de benzoate, etc., ou bien d'huile stérilisée contenant de 6 à 10 milligr. de biiodure d'hydrargyre par gramme d'huile et par dose. — Or, c'est là l'injection soluble que je crois la mieux tolérée et la plus efficace. — Il devient alors impossible, à moins d'indication formelle, de faire revenir un malade tous les jours, voire tous les deux jours, chez soi pour un traitement qu'il peut faire en ville à son aise avec autant de succès que l'autre. Il n'est pas moins impossible qu'un chef de service fasse tous les jours à tous ses malades une pareille injection. C'est devant ces pertes de temps ou ces dépenses considérables imposées, sans raisons impérieuses, aux médecins, aux malades que j'ai reculé, après avoir été longtemps partisan des injections solubles, au point que pour rendre leur pratique tout à fait facile, rapide et inoffensive j'avais fait construire exprès pour elles le petit appareil aseptique que j'ai désigné sous le nom d'*hypodermic* (1892). Les injections solubles sont bien tolérées, indolentes, actives, mais la meilleure doit être pratiquée tous les jours ou tous les deux jours et c'est pratiquement impossible à généraliser contre une infection d'aussi longue durée et de fréquence aussi grande que la syphilis.

Pratiquement, il me semble donc impossible de généraliser à tous les cas de syphilis le traitement par les injections : s'il s'agit des préparations solubles, c'est une perte extrême de temps; s'il s'agit des préparations insolubles, il y a un certain nombre de risques qu'il n'y a pas lieu de faire courir sans raison. Je ne parle pas ici des injections intra-veineuses qui ne sont pas encore entrées dans la pratique courante de notre pays, bien qu'à l'étranger il semble qu'il en soit fait un usage très fréquent et encourageant; je n'en veux qu'un exemple, le professeur Stoukovenkoff, de Kieff, m'écrit qu'il a déjà pratiqué plus de mille de ces injections sans accident et au grand avantage des malades.

Au contraire, quand il se présente une indication quelconque, il y a lieu, je crois, de ne pas y manquer et de pratiquer, sans hésiter, le

traitement par les injections insolubles hebdomadaires; je crois pouvoir avancer qu'on n'aura jamais à s'en repentir. Il s'agit donc bien d'un traitement d'exception, puisqu'il n'a lieu que quand les traitements ordinaires sont inapplicables (négligence des sujets, intolérance, etc.) ou inefficaces (accident grave, soudain; récidives incessantes, contagiosité prolongée; danger plus spécial de contagion; volonté expresse des malades, etc.). Ce sont là, en effet, les principales raisons qui sollicitent habituellement en pareil cas la décision du médecin.

J'entends bien que l'on peut soutenir — et non sans quelque apparence de raison — que le traitement par les injections est plus puissant, plus actif, plus efficace contre les accidents graves, tenaces, rebelles aux autres traitements, contre ceux où il faut agir vite et fort, dans les cas de *traitement d'assaut*, selon l'expression que Charcot appliquait jadis aux frictions à très hautes doses lors des ictus cérébraux. Si donc ce traitement est doué de tels avantages contre les accidents syphilitiques en pleine activité, ne serait-il pas plus avisé de combattre directement et immédiatement la syphilis, dès que l'infection est certaine, par des moyens si puissants et capables, sinon de juguler la maladie et de neutraliser le virus, du moins d'en atténuer définitivement et d'emblée les effets nuisibles et les dangers présents et à venir.

Certes l'idée est séduisante; en médecine, de même qu'en toute autre science expérimentale, comme il ne faut rien rejeter *a priori*, j'ai succombé à la tentation et j'ai pratiqué ce mode de traitement exclusif, chez deux de mes malades, de bonne volonté, après les avoir bien prévenus et après avoir reçu sans ambiguïté et leurs préférences et leur acquiescement. Le chancre débutait; les sujets étaient jeunes et robustes; la syphilis semblait devoir être plutôt bénigne ou du moins bien tolérée. Mais on sait qu'en pareil cas ce n'est qu'avec les plus grandes réserves qu'il faut prédire l'avenir... Quoi qu'il en soit, pendant dix-huit mois, chaque semaine, une fois, une injection fut faite, à l'un avec le thymol acétate de mercure, à l'autre avec le calomel. Je dois à la vérité de dire que le traitement fut possible, fut bien toléré, et que la syphilis, dans les deux cas, fut bénigne: chancre de 25 à 28 jours, roséole de 22 à 35 jours; puis 2 ou 3 mois de syphilides papulo-squameuses et papulo-érosives... et ce fut tout... du moins jusqu'à ce jour; or, il n'y a encore que quatre ou cinq ans, et l'on sait qu'on ne peut encore à cette période porter un pronostic et un jugement définitifs. Qui n'a pas obtenu, en effet, des résultats pareils avec les traitements habituels? Non seulement quand les frictions ont été pratiquées en séries dans les premiers temps, mais encore lorsque les pilules ont été seules prescrites mais bien prises. Il y a même des cas semblables, et peut-être plus nombreux

qu'on ne le croit, où aucun traitement n'a jamais été fait. Certes, c'est là une indifférence coupable ou une imprudence extrême ou une ridicule ou folle manière de compromettre sans utilité et contre toute raison l'avenir de sa santé ou même de son existence; mais le fait arrive, en dépit des conseils médicaux; il faut bien le constater, fût-il exceptionnel. D'autre part, il ne faut pas oublier les cas semblables à celui que j'ai jadis rapporté à l'article *Syphilides*, du dictionnaire de Dechambre, et où un traitement mercuriel énergique était fait depuis longtemps par erreur (il s'agissait d'un vaste lupus tuberculeux de la cuisse) quand le sujet vint à prendre la syphilis. Or l'infection, du moins pendant les premiers mois, ne se comporta pas d'une manière différente des syphilis qui évoluent sur des organismes non antérieurement mercuroialisés. Elle ne fut nullement plus bénigne.

Il semble donc qu'on puisse penser que, si le traitement mercuriel méthodiquement administré et suffisamment prolongé, est le meilleur moyen d'atténuer et d'endiguer une infection syphilitique, il n'est pas possible de juguler, de neutraliser une infection syphilitique par le mercure, quelle que soit la forme sous laquelle ce médicament précieux soit administré. Ce sera peut-être par les *sérums* ou par les atténuations graduelles du virus, administrés dès le début du chancre, ou encore par des modifications imposées durant la période préréosolique au milieu sanguin, qu'on arrivera à préserver ou à défendre l'espèce humaine contre le vieil ennemi dont elle a le fâcheux privilège; mais ce s'est pas par le mercure seul; du moins telle est, dans l'état actuel de nos observations, ce que l'on est, je crois, en droit de penser. Toutefois, pendant tout le temps où le sang des syphilitiques est contagieux, il sera bon de pratiquer, dans presque tous les cas, une série de quatre (femmes) à six (hommes) injections hebdomadaires de préparations insolubles mercurielles.

Toutes ces réserves bien établies, je dois maintenant à la vérité de dire que j'ai cru devoir pratiquer un grand nombre d'injections hydrargyriques intra-musculaires, presque toujours au calomel (qui m'a semblé la préparation la plus active sinon la mieux tolérée; j'ai déjà dit que, à mon avis, avec l'huile grise, les erreurs sont dans un service plus faciles, sa composition moins miscible est difficile à bien compter et à mesurer en gouttes; de plus, elle est moins active que le calomel; elle est mieux tolérée). Cinq cents injections de 0 gr. 05 de calomel ont été ainsi faites par moi sans aucun accident grave, sans même d'ennui sérieux, avec tantôt de la douleur, surtout le troisième ou quatrième jour, tantôt de la gêne et de la courbature, tantôt (mais plus rarement et sans qu'on puisse dire pourquoi, car cela se produit parfois chez un malade qui a précédemment souffert) sans aucune espèce de réaction ni locale ni générale ou inversement. Je crois ne pas me tromper en disant que ce traitement s'est toujours effectué au grand profit de la santé du patient.

Le *modus faciendi* a été décrit par moi dans la séance du 14 novembre 1895. Grâce à ce procédé, le traitement par les injections est devenu de pratique facile, courante, efficace et sans danger. Je rappellerai seulement que le premier, je crois, et depuis plusieurs années, à toutes les pratiques minutieuses de l'antisepsie de la peau, des instruments et des liquides, voire du calomel à injecter, j'ai joint la prescription pour chaque malade d'apporter avec lui et pour lui un flacon de 5 grammes d'huile végétale stérilisée, antiseptisée récemment et préparée temporairement. Il suffit alors de l'agiter pour y rendre la suspension de la poudre de calomel aussi égale ou homogène que possible et d'injecter immédiatement après. Dans mon service de Saint-Lazare, j'ai dressé depuis plusieurs années pour ainsi dire mes infirmières en *équipe d'injections* et les divers temps s'accomplissent très bien, sans perte de temps, sans erreur et sans oubli des divers détails antiseptiques. M. Feulard, qui m'a remplacé pendant les mois d'août et de septembre 1895, a été à même de juger de la facilité de mon procédé, et, à plusieurs reprises, il en a manifesté sa satisfaction au personnel du service. Depuis quelque temps, j'ai substitué au flacon toujours encombrant et coûteux, un simple petit tube de verre contenant la dose bien antiseptisée d'huile stérilisée et de calomel. Il faut que le tube soit assez long pour contenir plusieurs doses au lieu d'une seule et pour ne pas être complètement rempli de façon que l'agitation soit prompte et facile. Avoir soin que la seringue puisse bien s'y introduire.

Je ne puis, dans un travail comme celui-ci, transcrire toutes mes observations. Je n'en donnerai que les résultats, les principaux détails ou les diverses particularités qui m'ont paru mériter d'être signalées au passage.

Contre-indications. — En fait de contre-indication que je crois formelle, je citerai les maladies organiques du cœur, surtout si elles s'accompagnent d'hypertrophie hépatique et de congestion rénale avec ou sans albuminurie. Le cas semble bien extraordinaire ; je l'ai pourtant rencontré : il s'agissait d'un homme vigoureusement constitué, mais alcoolique et n'ayant jamais traité une syphilis datant de huit ans. Il y avait une laryngite grave et un sarcocèle énorme. Les frictions causaient de la stomatite au bout de quelques jours. Je tentai l'emploi des injections de calomel malgré la négligence du malade pour les soins de propreté ; j'eus un abcès, le seul sur 500 injections, et je ne traitai plus le malade que par les iodures. Il est d'ailleurs très incomplètement guéri.

Dans deux autres cas où l'albuminurie était intense, due ou non à la syphilis, je conseillai de préférer les frictions qu'on peut à volonté réduire ou augmenter ou cesser d'un jour à l'autre, et je me refusai à pratiquer des injections.

J'ai pratiqué de nombreuses injections de calomel dans des cas d'ataxie locomotrice, et aussi de paralysies générales survenues chez des sujets tous atteints incontestablement de syphilis et ne l'ayant pas bien traitée dans les débuts. Or je n'ai jamais obtenu de guérison en dépit de tous les soins dont certains d'entre eux étaient entourés. Il est vrai de dire que le résultat n'est pas meilleur, jusqu'à ce jour, soit par les pilules, soit par les frictions mercurielles ou par tout autre traitement pour les cas confirmés.

D'après les statistiques les plus récentes et les plus réservées au point de vue du prétendu envahissement de la pathologie par la syphilis, cette infection se rencontrerait dans 20,3 p. 100 des cas de tabes ; serait douteuse dans 21,3 p. 100 et ferait défaut dans 58,3 p. 100 des cas. L'auteur, A. Starbeck (*Syphilis et tabes, Zeitschr. f. klin. Med.*, 1896, vol. XXIX, fasc. 1 et 2, p. 140) insiste, et avec raison, sentant bien par où sa statistique laisse à désirer, sur la difficulté du diagnostic rétrospectif de la syphilis ; car, chaque fois qu'on ne la dépiste pas, cela ne prouve qu'elle n'existe pas.

Avec une autre forme de statistique, sur 108 cas de tabes (service de Leyden) il y a 33 syphilitiques et 75 non syphilitiques ; autrement dit la syphilis ferait défaut dans 69,6 p. 100 et existerait dans 30,6 p. 100. L'auteur conclut qu'il n'y a aucun rapport étiologique entre la syphilis et le tabes.

Je suis convaincu, pour ma part, et pour de nombreuses raisons trop longues à exposer ici (fréquences de coexistences, apparition peu de temps après la syphilis, syphilis non traitées, surmenage, défaut de résistance congénitale du système nerveux, etc.), qu'il y a un rapport entre ces deux états ; rapport peut-être indirect, mais réel. Qu'on vienne à supprimer la syphilis et l'on diminuera du coup considérablement le nombre des cas de tabes. Ce que je viens de dire du tabes, s'applique dans mon esprit à la paralysie générale : ce sont des affections incontestablement parasymphilitiques, selon la si exacte expression de Fournier.

Or, dans le tabes comme dans la paralysie générale confirmée, je n'ai pas obtenu, je le répète, de résultat favorable concluant par les injections mercurielles insolubles, si efficaces contre la syphilis active, ulcérations, gommès, etc.

D'un échec à une contre-indication, il n'y a pas loin. Je crois du moins qu'il y a lieu de poser la question.

Pourtant, je ne parle que des cas confirmés de paralysie générale ; car il m'est arrivé deux fois d'avoir affaire à des malades présentant les symptômes de la paralysie générale et n'étant en réalité que des syphilitiques atteints d'une lésion méningo-encéphalitique circonscrite. Dans ces deux cas, la guérison a été obtenue, comme auraient fait d'ailleurs les frictions, mais comme n'auraient pas pu faire, je

crois, les pilules : rapidement et définitivement. Je dois rapporter un fait qui me paraît instructif ; il s'agit de syphilis cérébrale survenue quatre années après le chancre chez un homme âgé de 61 ans. Il y avait un véritable état de gâtisme dont la cause était méconnue ; les frictions et l'iodure firent merveille ; je n'avais pas osé d'emblée employer les injections, bien que le cas fût menaçant, à cause de la cachexie et surtout d'une forte albuminurie à laquelle étaient rapportés les accidents cérébraux. Les frictions diminuèrent cette albuminurie dans une telle proportion que je n'hésitai pas au bout de six semaines à faire quatre injections (une par semaine), qui complétèrent la guérison, du moins autant que les lésions déjà faites pouvaient le permettre.

M. le professeur Tarnowski prescrit, pour chaque dose, 1 gr. ou trois quarts de gramme d'huile tenant en suspension 5 centigr. par gramme de salicylate de mercure. Il a attiré mon attention sur la possibilité de petites embolies immédiates ; c'est du moins l'explication qu'il donne de la fréquence de petites quintes de toux sèche survenant aussitôt après l'injection. Je n'ai pas été frappé de la fréquence de ce phénomène.

On peut dire cependant que le traitement par les injections de calomel ne doit pas être fait quand l'état général est mauvais, compromis par d'autres causes cachectisantes que la syphilis, par la tuberculose avancée par exemple. Mais je l'emploie avec avantage, je crois, chez des sujets atteints à la fois de syphilis et de tuberculose peu avancée, sans compter qu'on peut ainsi guérir des cas de syphilis pulmonaire méconnus ou méconnaissables.

Indications. — Les indications peuvent se résumer sous les quatre chefs suivants : gravité, urgence, ténacité, récidives.

1° J'ai eu des succès très nets, marqués et durables, dans de nombreux cas de *syphilides secondaires* et *secondo-tertiaires* très tenaces, très rebelles ou constamment récidivantes, érosives ou ulcéreuses, parfois communes et herpétiformes, siégeant surtout sur les régions *buccales, labiales* ou *linguales*. J'engage nettement à recourir aux injections de calomel en pareils cas ; au contraire, on n'obtient rien contre cette variété de *leucoplasie* qui constitue une affection nettement parasymphilitique et rebelle.

2° Je conseillerais les injections de calomel s'il s'agissait de ces syphilides, parfois symétriques et tenaces, papulo-circinées ou psoriasiformes de la *paume des mains* et de la *plante des pieds*.

3° J'ai eu un succès durable dans un cas de *syphilide tuberculo-ulcéreuse du lobule nasal*, durant depuis deux ans et prise pour un cancroïde. Le malade avait eu la syphilis vingt-cinq ans auparavant et ne s'était traité que pendant trois ans ; dix ans après sa syphilis, mariage ; sa fille, son seul enfant, n'a jamais rien eu. La guérison a été

obtenue en quatre mois par deux séries d'injections hebdomadaires de calomel, l'une de six, l'autre de quatre, séparées par un mois d'intervalle.

4° Je signalerai un cas d'*onyxis* généralisées fissuraires et suintantes, rebelles aux autres traitements. La syphilis, datait de quatre ans; il y avait aussi de fréquentes mais éphémères érosions linguales; le traitement avait consisté en pilules, en sirop de Gibert, en liqueur de Van Swieten, d'ailleurs mal tolérées et peut-être irrégulièrement prises. La guérison eut lieu au bout de 8 injections hebdomadaires.

5° Je me souviens d'un cas d'*iritis* double menaçante, rapide d'évolution, dans le cours d'une syphilis dénutritive, grave, cachectisante, avec céphalée, alopécie, etc., — six injections, rapide amélioration.

6° J'ai traité avec succès par le même moyen une syphilis d'allure menaçante et qui a été vite enrayée. Le chancre était dans l'aine et durait depuis deux mois; il a guéri ensuite très vite, soit parce que c'était le moment venu, soit parce que j'ai fait une injection sous-cutanée d'huile biiodurée dans l'épaisseur et au-dessous de sa base indurée. Le roséole était intense, contemporaine du chancre. La céphalée était intense aussi, la dénutrition rapide; et deux périostoses s'étaient montrées contemporaines du chancre, symétriquement développées sur chaque bosse frontale.

7° Plusieurs cas de *glossite épithéliale* avec rhagades et fissures, résistant aux autres traitements.

8° Citerai-je le cas d'une fillette anglaise de 10 ou 12 ans, type d'hérédo-syphilitique et traitée depuis son enfance par divers confrères anglais pour un *lupus* du nez (depuis six ans). Par deux injections, à quinze jours d'intervalle, une guérison rapide, complète, eut lieu, par une sorte de coup de théâtre, selon l'expression de Fournier.

9° Et ce cas, encore récent, d'un médecin de marine qui, âgé de 47 ans, avait eu la syphilis à 20 ans, contre laquelle il avait fait, dans les premières années, un traitement irrégulier. Depuis six ans, il portait au côté droit du front une ulcération profonde, n'intéressant pas les os, mais que rien ne pouvait guérir : *syphilide ulcéro-serpiginieuse*, menaçant le sourcil et la paupière. Les traitements avaient été pourtant prolongés et énergiques, par exemple 6 à 7 centigr. de sublimé en pilules et 8 gr. d'iodure par jour. Il fallut 10 injections, séparées par quinze jours de repos; mais le malade partit tout à fait guéri.

10° Et cet autre malade atteint d'une *syphilide tuberculeuse* circonscrite mais régionale, du tronc (qui avait été prise par le médecin habituel pour une *zona* chronique parce qu'elle résista au traitement mixte intense, puis à une saison de Luchon, avec frictions). La *syphilis*

était d'ailleurs *récidivante*, produisant des accidents, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Or il n'y a que les injections qui amenèrent la guérison, et il n'y a qu'elles (depuis douze ans que persiste la syphilis) qui aient amené un répit de deux années durant, et qui dure encore aujourd'hui. Toutefois, en avril prochain, je ferai une nouvelle série de 6 injections, à titre de traitement de garantie ou préventif.

11° Je me garderai d'omettre quelques cas de *neurasthénie grave* relevant de l'infection syphilitique, et dans lesquels j'ai pu, grâce aux injections intra-fessières, ménager l'estomac et donner des toniques et une bonne alimentation. L'ensemble de ces moyens eut raison de cette complication parfois si désespérante.

Il y a encore un autre ordre d'indications qui se présente sans rareté dans la pratique : ce sont les cas où la *syphilis est ignorée*, ou bien si ancienne qu'elle est oubliée, dans lesquels le médecin doute de la nature spécifique d'une lésion, simplement suspecte, où l'on n'ose s'en ouvrir au malade, encore moins à sa famille, où un traitement mercuriel serait nettement refusé et où l'on ne se résigne cependant pas à laisser mourir le malade sans rien tenter.

J'ai observé un cas de ce genre qui m'a beaucoup frappé, il y a quelques années. Je remplaçais dans sa clientèle, mon ami le Dr Bur-lureau. Un de ses malades avait été traité par Siredey, G. Sée, Potain même, pour une forme scléreuse de tuberculose pulmonaire, — de temps en temps, il avait des nodosités rhumatismales frontales. Si je cite le nom de ces maîtres, c'est que l'autorité de leurs noms prouvera à tous les difficultés qui, dans ces cas, obscurcissent le diagnostic causal. Le malade avait de la fièvre tous les soirs, il toussait, crachait, maigrissait et se cachectisait ; il ne pesait plus que 114 livres. Je fus chargé de continuer les injections d'huile créosotée. Pendant que je le traitais ainsi, survint une poussée des bosses frontales ; je reconnus des périostites probablement syphilitiques. Je m'en ouvris au Dr Bur-lureau et lui proposai de nous « tromper de liquide à injecter » et de mettre la prochaine fois un tiers de seringue d'huile grise au lieu d'huile créosotée. Le résultat fut rapide et si bon que nous continuâmes ce traitement. En moins de six mois, tout avait disparu : le malade avait repris des forces, des couleurs, de l'embonpoint (140 livres), il n'eut plus de fièvre ; il put reprendre ses travaux qu'il n'a pas cessé depuis plusieurs années que la guérison se maintient sans autre traitement. La famille croit toujours à la guérison d'une tuberculose avancée et s'étonne même que nous n'arrivions pas sur d'autres sujets, franchement tuberculeux, aux mêmes résultats satisfaisants. Eh bien, sans les injections, le malade aurait probablement succombé ; on n'aurait pas pu lui proposer d'autre traitement spécifique et il ne l'aurait certainement pas suivi.

Je me suis trouvé en face de diverses autres indications.

C'est ainsi que chez les prostituées, dans un service où les pilules

sont rejetées et les liquides refusés, le traitement est devenu plus efficace depuis qu'il est régulièrement assuré. La guérison est plus rapide et le séjour de Saint-Lazare moins prolongé. Les malades acceptent facilement, et parfois réclament les injections.

Même quand les accidents contagieux ont disparu, je fais toujours une injection au moment du départ de Saint-Lazare pour éloigner et retarder les récidives et par conséquent éviter plus longtemps les risques de contagion.

Dans les cas de grossesse, alors que la mère a déjà fait des fausses couches relevant d'une syphilis due soit à elle-même, soit plus souvent au mari (qui parfois même s'est prématurément marié, en dépit des avis médicaux); je crois bien faire (et je crois avoir réussi à éviter ainsi et la mort du fœtus et même l'accouchement prématuré) en faisant une injection de calomel tous les mois de la grossesse.

Je les ai enfin employées avec succès dans un cas de *syphilis conceptionnelle* rapidement menaçante : lassitude, maigreur, pâleur, dénutrition; pas d'accident secondaire; mais au bout de 5 ou 6 mois, une lésion des os du nez et une imminence de perforation de la voûte palatine; tout cela a été vite enrayé par quelques injections qui n'ont jamais empêché cette dame de reprendre le chemin de fer le jour même pour un assez long voyage.

Et pourtant les femmes supportent peut-être moins bien les injections que les hommes, mis à part les hommes obèses et alcooliques; chez la femme, la graisse empêche souvent d'arriver en plein muscle et il y a peut-être plus facilement, sinon des inflammations, du moins des indurations, des nodosités ou des douleurs; pourtant, je le répète, je n'ai jamais eu d'ennuis sérieux qui m'aient fait regretter d'avoir eu recours à ce moyen; j'ai eu lieu, au contraire, souvent de m'en réjouir à cause des bons, rapides et durables résultats obtenus, parfois contre tout espérance.

Mais, on le voit, dans tous ces cas, ce sont bien des *indications de garantie*, et toujours d'*exception* qu'il s'agit.

Il y a évidemment toujours des intermittences dans l'application de ces moyens : je fais rarement plus de huit injections de suite; le plus souvent c'est six. Cette série est séparée de la suivante par un ou deux mois de repos selon les cas. Plus tard, si le péril n'est plus menaçant, si les récidives ne sont plus rebelles ou rapprochées, je reviens au traitement intermittent et si maniable, dont on reste toujours maître, par les pilules de protoïdure selon l'excellente méthode de notre cher maître, le professeur Fournier.

D'après tous ces faits, peut-être peut-on espérer que des syphilis traitées par les injections pendant la période secondaire et à plusieurs reprises échapperont plus nombreuses ou moins graves, au tertia-risme ?

En tout cas, les malades qui ont guéri par les injections consentent

difficilement à se soumettre à d'autres traitements, surtout s'ils ont pu constater auparavant l'inefficacité des premiers moyens contre leurs accidents. Écoutez-les ; *c'est textuel* :

M. K. — « Je ne puis pas prendre de pilules sans avoir de diarrhée ; et au bout de quelques jours de diarrhée, je fais du sang. »

M. H. — « Endolorissement des fesses, c'est un inconvénient très supportable et bien préférable à l'esclavage des frictions et des pilules. » Du reste, chez ce malade, une injection par mois et des pilules le reste du temps, suffisent à empêcher le retour incessant de ces plaques si contagieuses de la face interne des lèvres, lésions qui récidivaient constamment et ne cédaient qu'à regret par les pilules.

M. C. — « Ces diables de pilules ; plus le traitement avance, plus elles me donnent de coliques. »

Et celui-ci. — « Les frictions ! Oh non par exemple ! J'aime bien mieux vos injections : une par semaine ; c'est tout à fait mon affaire ; grâce à elles, voilà plus de deux ans qu'il ne m'est rien survenu ; et pendant les six ans que j'ai fait d'autres traitements, soit chez moi, soit aux eaux, je n'ai jamais eu un mois tranquille. »

Et cet autre : « Les premières injections ne m'ont rien fait, la quatrième seule m'a un peu gêné ; toutes les autres ne m'ont empêché ni de marcher ni de monter à bicyclette... rien n'est plus commode. »

Ou bien encore : « A la fin du troisième jour on s'en aperçoit quand on s'assied ; mais c'est supportable et il n'y a pas à se plaindre ; pour guérir, j'en supporterais bien de l'autre. »

Et les dames : « Je croyais que cela ferait plus mal. J'aime mieux cela que les pilules », etc.

On le voit, par ces paroles rapportées exactement, et notées dans mes observations au moment où elles viennent d'être prononcées, les malades acceptent facilement un traitement dont ils ont pu constater l'énergie et l'efficacité.

Quoi qu'il en soit de cette tolérance et de cette efficacité, je ne puis admettre qu'on traite *indistinctement par un même mode de traitement tous les cas d'une même maladie*.

L'antique doctrine du malade en face de la maladie, du terrain en face de la graine, du médicament en face d'un organisme ou d'une idiosyncrasie, voire même la doctrine plus récente du *locus minoris resistentiæ*, doivent être plus que jamais retenues et soutenues par la clinique.

A l'appui de cette assertion, je rapporterai les faits suivants :

Deux frères prennent la syphilis, l'un meurt paralytique général, l'autre tabétique.

Trois sœurs sont atteintes de néphrite interstitielle, l'une à la suite de syphilis conjugale ; l'autre à la suite de scarlatine ; la troisième à la suite d'influenza.

Un vieux malade prend à dix ans de distance une fièvre typhoïde et une influenza ; dans les deux cas, à la fin de la troisième semaine, il est atteint de phlébite, la première fois à droite, la deuxième fois à gauche.

Et cet autre qui prend une orchite lors de sa première blennorrhagie et qui est atteint d'un autre côté d'une orchite ourlienne à propos d'une crise d'oreillons.

Et tous ces cas où une syphilis contractée la même nuit, avec la même femme, par plusieurs jeunes gens et se comportant par la suite avec des formes tout à fait dissemblables, allant de la plus bénigne à la plus grave, celle-ci n'étant pas la dernière contractée...

Et cet homme qui ne peut pas prendre une blennorrhagie sans avoir un rhumatisme blennorrhagique (cinq blennorrhagies, cinq rhumatismes), etc. ; et cet autre qui a, en dépit de toutes les précautions, orchite sur orchite ; et ce jeune homme qui, depuis 18 jours, alité par une fièvre typhoïde, a une orchite blennorrhagique ; tandis que cet autre, qui ne fait rien d'utile contre son mal, échappe à toute complication... Rappellerai-je le clown de Fournier, et ce gymnaste, qui, en pleine blennorrhagie aiguë, n'ont jamais cessé de faire leurs exercices violents et excentriques sans jamais contracter la plus légère orchite ou complication ; il en est de même pour les orchites traumatiques où après sondage il y a de ces inégalités surprenantes.

Tous ces faits que l'observation nous impose n'ont-ils pas une signification et ne doivent-ils pas avoir une portée pratique ? Tout cela n'est certainement pas le fait du hasard et tout n'est pas dans la nature du germe, dans l'intensité du virus, bien que cela joue certainement un rôle ; mais il y a aussi l'autre facteur, le terrain, avec lequel il faut compter.

Il en résulte qu'un sujet qui est en tel état de récidivité morbide spéciale a plus de précautions à prendre qu'un autre et que le médecin, qui a reçu la mission de le traiter, doit être plus prudent, plus attentif que dans un cas vulgaire ; car ces susceptibilités individuelles, on les rencontre aussi dans la tolérance des médicaments et dans les réactions auxquelles elles donnent lieu.

Pour la créosote, on peut même constater les mêmes inégalités de tolérance suivant les sujets, soit pour les injections, soit même pour les badigeonnages : certaines peaux ne tolèrent-elles pas des doses énormes sans protestation alors que certaines autres sont initiées, et à des degrés très différents, par des doses minimales.

Pour la tolérance de l'alcool il n'en est pas autrement et tel sujet pourra s'intoxiquer sévèrement avec des doses tout à fait inoffensives pour la généralité. Ne se rappelle-t-on pas le cas de cet homme qui eut une paralysie généralisée, aux quatre membres, grave et longue, d'origine exclusivement alcoolique, pour avoir pris seulement un verre

de vin blanc tous les matins à jeun. L'opium, l'iodure de potassium et bien d'autres substances peuvent avoir des effets analogues.

Il ne peut pas ne pas en être de même pour le mercure, ce qui est démontré d'ailleurs par les faits d'hydrargyrie par exemple. Avant donc de l'administrer, surtout à doses massives, que ce soit par une injection ou autrement, mais en injections surtout, puisqu'on ne peut plus on cesser l'effet à volonté, il importe de tâter et de bien connaître la tolérance de chaque sujet pour le mercure.

Comme les injections mercurielles insolubles constituent un traitement actif, s'effectuant avec des doses sinon brutales, du moins massives, il ne faut jamais y recourir d'emblée, sans essai préalable de la tolérance mercurielle, sans l'avoir tâtée pour ainsi dire dans un organisme donné. Je conseille donc de toujours faire une première injection d'essai à demi-dose ou même à plus faible dose encore. On se trouvera bien d'agir avec discernement et de ne pas imposer uniformément la même dose, à toutes les formes d'un mal, ni le même traitement à tous les malades. Quelles que soient les préparations choisies, *on doit* doser le médicament aussi bien dans les injections qu'autrement, mais s'il n'est pas besoin d'action rapide ou intense, pourquoi recourir à ce moyen réservé surtout aux cas où il faut agir *vite et fort*? Et une fois le résultat obtenu, il n'y a même pas à continuer, et il vaut mieux revenir au traitement classique, doux, méthodiquement intermittent, si magistralement indiqué par notre éminent maître, le professeur Fournier.

Lorsqu'au nom de je ne sais quelle décomposition chimique par le suc gastrique, on contestait devant moi l'efficacité du traitement de la syphilis primaire et secondaire par les pilules de protoiodure, je répondais que c'était cependant un utile médicament, car j'avais vu un grand nombre de malades, arrivant couverts de syphilides, n'ayant pas encore fait de traitement spécifique et s'améliorant rapidement au point de vue local et général par lesdites pilules.

C'est avec des arguments du même ordre, c'est-à-dire avec des faits cliniques et des guérisons possibles à obtenir seulement par ce moyen, c'est au nom de l'observation que je viens aujourd'hui soutenir l'utilité des injections de calomel dans un très grand nombre de cas de la pratique syphiligraphique. En somme, ce procédé guérit, guérit mieux que les autres; nul médecin ne doit refuser systématiquement d'y recourir.

Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis

Par M. H. HALLOPEAU

Je viens m'associer aux réserves qui ont été exprimées, en ce qui concerne ces injections, par nos collègues Verchère, Portalier, Morel-Lavallée et Fournier.

Ce serait une faute de vouloir apprécier en bloc ces modes d'introduction du mercure : leurs mérites et démérites diffèrent en réalité du tout au tout suivant qu'il s'agit de mercure métallique, de composés solubles ou de composés insolubles.

Pour ce qui est des *composés solubles*, mon siège est fait depuis bientôt trente ans : j'ai eu, en effet, l'occasion de les pratiquer en 1867 sur un de mes amis et cette expérience m'a suffi ; il s'agissait d'une syphilis d'intensité moyenne, remontant à un an ; le jeune homme supportait mal à l'intérieur les diverses préparations hydrargyriques qui lui avaient été prescrites ; il présentait des foyers multiples de syphilides papulo-tuberculeuses : je lui pratiquai vingt-trois injections de sublimé, à la dose de sept milligrammes ; elles provoquaient de vives douleurs et laissaient après elles des nodosités dont plusieurs ont persisté pendant de longues années. L'effet thérapeutique a été pour ainsi dire nul : les groupes de syphilides ont continué à s'accroître et à se multiplier tandis que, bientôt après, une cure par les frictions enrayait définitivement la maladie. Ce traitement hypodermique avait donc été à la fois douloureux et inefficace : en toute évidence cette dose de 7 milligrammes était insuffisante pour ce sujet, de taille et de constitution moyennes, et l'on n'aurait pu l'augmenter sous peine de rendre la douleur tout à fait intolérable. Ce fait m'a paru avoir une valeur décisive contre les injections de sels solubles et je n'ai pas, depuis lors, été tenté d'y recourir de nouveau. J'ai le regret de me trouver, à cet égard, en désaccord avec M. Abadie ; je ne saurais admettre avec lui que l'on puisse élever la dose et éviter la douleur provoquée par ces injections en y ajoutant de la cocaïne ; j'ai trop connaissance des graves dangers que peut entraîner l'action de ce médicament lorsque l'on ne peut amener au bout de peu d'instant son élimination de l'organisme pour y avoir recours dans ces conditions. Les injections hypodermiques de sels mercuriels solubles me paraissent donc devoir être définitivement abandonnées.

Les graves inconvénients qui nous les font proscrire, c'est-à-dire la douleur et l'insuffisance de la dose, n'existent plus pour les injections d'*huile grise* ; on doit plutôt craindre, en raison de leur indolence, d'être entraîné à en forcer les doses. Le seul reproche, en

dehors de ces erreurs faciles et dangereuses de posologie, que l'on puisse leur adresser, c'est qu'avec elles on ne peut suivre de jour en jour l'action du médicament et l'augmenter ou la diminuer suivant la tolérance si variable du malade ; ne pouvant savoir avec quelle rapidité, ni dans quelle mesure se résorbe cette masse métallique introduite sous la peau, on doit toujours craindre des effets momentanément exagérés ou insuffisants. Je reconnais que la grande expérience de nos collègues MM. Balzer et Le Pileur montre que, dans la pratique, ces inconvénients n'entraînent pas de conséquences graves et que, dans les milieux tout spéciaux du Midi et de Saint-Lazare, ces injections assurent, mieux que toute autre méthode, l'introduction du médicament dans l'organisme ; de même, ce moyen a pu être utilisé chez les sujets qui ne peuvent se soigner chez eux ; mais en dehors de ces conditions, je ne puis attribuer à ces injections d'huile grise une valeur supérieure à celle des frictions : on conçoit difficilement que le même médicament, introduit par la peau, produise des effets différents suivant qu'il pénètre par la surface du tégument ou qu'il est injecté dans le tissu sous-jacent ; l'avantage me paraît revenir aux frictions que l'on peut pratiquer avec des quantités variables de mercure suivant le degré de tolérance du sujet ; l'emploi de ces injections, dans la pratique générale, doit donc, suivant nous, être bien restreint ; il est possible cependant que l'absorption massive du médicament puisse agir, dans le cas d'injection, plus efficacement que son introduction quotidienne, à doses modérées, par les frictions. S'il en est ainsi, on pourrait sans doute obtenir ces mêmes résultats avec ces frictions en les pratiquant sur une partie velue, particulièrement au-dessus du pubis : la salivation qui suit si habituellement les onctions d'onguent napolitain employées contre les pediculi de cette région nous en est le témoignage, en même temps qu'elle nous en indique les dangers.

Il nous reste à apprécier le troisième procédé d'injections hypodermiques : nous voulons parler des injections de *sels insolubles*. Ici, nous ne pouvons méconnaître que la discussion actuelle a apporté des faits positifs en faveur de cette médication : il ne paraît pas douteux que des cas de syphilomes ne lui aient cédé après avoir résisté aux traitements les plus énergiques par les autres moyens d'administration du mercure ; il s'en faut cependant que la question soit définitivement jugée en sa faveur et que l'on doive y recourir comme méthode habituelle du traitement.

Il résulte, en effet, en premier lieu, des communications que nous avons entendues, ainsi que de nos observations personnelles, que ces injections sont souvent des plus douloureuses : ce seul fait en rendrait l'application difficile dans la pratique générale. D'autre part, je puis affirmer que, même avec les plus grandes précautions antiseptiques, ces injections peuvent entraîner des suppurations : j'en ai actuel-

lement pour témoin, dans mon pavillon Bazin, un malade qui a reçu une de ces injections dans le service d'un de nos collègues ; elle a été pratiquée par les mains les plus expérimentées ; le malade partit trois jours après pour Vincennes ; or, au bout d'une semaine, il se produisait *eodem loco* un abcès dont les cicatrices sont encore très apparentes. Ce fait suffit à établir que l'on n'est jamais certain d'éviter ces complications.

Je signalerai en passant une autre objection qui peut être adressée aux injections de sels insolubles : c'est de créer, par les nodosités qui leur font suite, des foyers d'appel aux manifestations syphilitique : ce fait ressort en toute évidence de l'histoire de ce même malade chez lequel une injection de calomel a provoqué une suppuration : il s'agit d'un soldat qui a contracté, en janvier 1892, un chancre induré au Tonkin et a eu consécutivement une syphilis maligne : elle fut combattue, en 1893, par huit injections d'oxyde jaune de mercure ; pratiquées au niveau des bras, ces injections laissèrent à leur suite des nodosités : or, huit mois après, des gommes se sont développées à leur niveau et, depuis lors, elles ont presque constamment repullulé, de chaque côté, dans cette région qui, jusque-là, en avait été indemne.

Il résulte de ces faits que ces injections devront être réservées aux cas graves, menaçants, dans lesquels il est indiqué d'exercer une action immédiate et puissante et aussi aux manifestations qui résistent aux autres moyens de traitement, telles que certaines syphilis palmaires, des exostoses, des encéphalopathies ou des affections profondes de l'œil ; et encore ne faut-il pas oublier que, d'après les observations de M. Mauriac, les frictions peuvent réussir alors que les injections de calomel ont échoué : nous nous proposons d'essayer en pareils cas les frictions sus-pubiennes, en surveillant attentivement l'état des gencives.

Nous formulerons ainsi les conclusions qui nous paraissent ressortir de cette discussion :

1° *Les injections hypodermiques de sels solubles de mercure doivent être définitivement abandonnées, car elles sont trop douloureuses pour que l'on puisse les pratiquer à dose suffisante et il serait dangereux d'employer la cocaïne pour atténuer cette douleur ;*

2° *Les injections hypodermiques d'huile grise sont peu dangereuses si l'on s'en tient à des doses modérées ; on peut leur reprocher de ne pas permettre de graduer journellement la dose du médicament ; elles doivent être réservées aux services hospitaliers pour assurer la médication, et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux ;*

3° *Les injections de calomel ont le grave inconvénient d'être*

souvent très douloureuses; ce fait doit suffire à les faire rejeter de la pratique courante; elles doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention très énergique et immédiate est indiquée ainsi qu'aux manifestations rebelles de la syphilis; elles peuvent être alors efficaces après que les autres moyens ont échoué; la réciproque est vraie; il y aura lieu d'essayer, dans le même but, les frictions sus-pubiennes.

4° Les injections de calomel, alors même qu'elles sont pratiquées avec les plus minutieuses précautions, peuvent donner lieu à des abcès;

5° Les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la maladie.

A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles, dans le traitement de la syphilis.

Par M. GALEZOWSKI.

A mon tour, je prends la parole dans la question si intéressante et exposée si magistralement par le Dr Portalier, qui nous démontre que la méthode d'injections au calomel peut être faite d'une manière régulière sans danger, et en évitant les accidents locaux inflammatoires.

Actuellement, comme le dit M. Fournier, le mode opératoire, l'instrumentation sont tellement perfectionnés qu'il n'y a pas à s'arrêter à ce sujet. Les succès ne sont pas discutables, mais il faut formuler les indications des maladies dans lesquelles la méthode doit être appliquée.

Au point de vue des affections oculaires, mon expérience est déjà suffisamment faite, pour pouvoir faire la distinction entre la méthode nouvelle et une des anciennes qui m'a donné d'excellents résultats pendant plus de 7 ou 8 ans. Je veux parler des frictions mercurielles, employées avec persévérance pendant deux années consécutives, condition *sine qua non*, pour obtenir un résultat certain et durable.

C'est dans les choroïdites syphilitiques, accompagnées de flocons du corps vitré, que ce traitement m'a toujours donné des résultats des plus satisfaisants et des plus concluants, pendant que les autres tels que le sirop de Gibert, les pilules de sublimé, le proto-iodure et l'iodure de potassium administrés par les voies stomacales sont restés sans résultat, pendant de longues années.

Il y a deux ans, j'ai eu l'honneur de vous communiquer en détail, les résultats obtenus par les frictions mercurielles. Je ne cesserai jamais de vous répéter, que cette méthode seule doit être administrée, toutes les fois que la choroïde, la rétine ou le corps vitré sont atteints par la syphilis, avec la condition absolue, que la dose ne dépasse pas 2 grammes par friction journalière, et sans interruption pendant deux années, temps reconnu nécessaire pour faire disparaître les flocons du corps vitré.

Il est évident, que puisque la marche de la maladie est lente, et que le médicament agit très énergiquement et très rapidement, l'effet ne pourra en excéder une certaine durée, et comme le dit M. Fournier les récidives seront constantes si on n'a pas recours à d'autres modes de traitement.

En réponse à la demande de M. Fournier, de formuler les indications relatives à cette nouvelle méthode, je les résume ci-dessous, au point de vue des affections oculaires.

1° C'est dans les iritis gommeuses, graves, accompagnées d'oblitérations pupillaires et des exudations dans la chambre antérieure, ou dans le corps vitré que les injections de calomel seront employées avec avantage.

2° Dans les tumeurs gommeuses de la sclérotique les injections de calomel seront avec avantages prescrites. Cette dernière affection prend quelquefois une telle extension et une gravité telle, que si on n'intervient pas avec une grande énergie, immédiatement, et si on n'a pas recours aux injections de calomel, l'existence de l'œil sera compromise. J'ai eu dernièrement l'occasion de constater ce fait chez un de mes malades.

3° Dans les névrites optiques syphilitiques provoquées par le développement d'une tumeur gommeuse, soit dans le trajet de ce nerf, soit dans le chiasma.

J'ai eu l'occasion de soigner, il y a quelques mois, une femme atteinte de névrite optique syphilitique des deux yeux, où tous les traitements employés avant moi étaient restés sans résultat ; les injections au calomel faites par le médecin de la famille ont seules amené, au bout de 17 injections, non seulement l'arrêt de la maladie, mais encore une amélioration sensible de la vue.

4° Au début de certaines atrophies papillaires ataxiques syphilitiques.

5° Dans les paralysies musculaires de la troisième ou sixième paire après que les autres méthodes auront été employées sans résultat voulu.

6° Dans les exostoses orbitaires et dans la région du sac ou du canal lacrymal.

Avant de terminer, je tiens à vous parler de la méthode d'injections intra-veineuses au cyanure d'Hg. ou de toute autre préparation

soluble de mercure, méthode mise pour la première fois en pratique par le D^r Bacelli.

Cette méthode, que vient de nous recommander M. le D^r Abadie, est considérée par lui comme idéale.

Je ne m'associe pas à cette manière de voir ; je dirai même plus, qu'elle est dangereuse, car elle ne peut manquer de provoquer des accidents des plus sérieux en compromettant la santé générale.

Le hasard a voulu que, tout dernièrement, un malade habitant le midi soit venu me consulter pour des accidents d'atrophie papillaire syphilitique. Il venait d'être soigné pendant plusieurs mois, par les injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. On lui avait fait 14 injections. Outre les vomissements, les fortes diarrhées, les maux de tête, et les accidents cérébraux qui suivaient chacune de ces injections, son état général de santé s'était tellement aggravé, que sa vie était en danger. La vue n'avait subi aucune amélioration.

Depuis que j'ai pris son traitement sous ma direction, soumis aux frictions mercurielles et au régime reconstituant général, sa santé s'est améliorée, les forces sont revenues, et certains indices me prouvent que sa vue est améliorée.

Ce seul fait, quoique isolé, ne me permet pas d'accepter une méthode qui, au bout de 14 injections, a pu mettre la vie de cet homme en danger.

M. VERCHÈRE. — J'avais l'intention de prendre la parole et de faire une nouvelle communication sur la question en discussion. Mais je ne veux pas la prolonger, et le travail très remarquable de M. Portalier me permet de ne pas abuser des moments de la Société. Je partage complètement l'avis qu'il a défendu. Les mêmes arguments, les mêmes observations m'auraient amené aux mêmes conclusions auxquelles je souscris absolument, et qui se trouvaient du reste en substance dans la première communication que je vous ai faite.

Je ne veux ajouter qu'un document que réclamait M. Le Pileur dans la dernière séance à l'égard des injections d'huile grise, et qui a trait à la fréquence relative de la stomatite.

Mon interne M. Chastanet a relevé 547 observations de malades qui ont été traités par le mercure dans mon service depuis l'année 1889 jusqu'au 20 février 1896.

Il n'a été fait de piqûre de calomel qu'après le 1^{er} mars 1894, et je ne ferai commencer ma statistique qu'à cette date.

Depuis le 1^{er} mars 1894, nous relevons 217 traitements mercuriels, ainsi décomposés. Traitement par pilules de proto-iodure et pilules de sublimé : 153 ayant donné lieu à 9 stomatites (1).

Traitement par piqûre de calomel : 64 ; stomatite, 8.

Les piqûres de calomel ont été administrées par séries d'importance variable.

(1) Dont une chez une femme non syphilitique, traitée par erreur de diagnostic.

NOMBRE DES SÉRIES	NOMBRE DES PIQÛRES	DOSES	STOMATITES
1... 23	1	0,10 centigr.	1
2... 5	2	0,10 —	0
3... 1	3	0,10 —	0
4... 9	1	0,05 —	0
5... 13	2	0,05 —	5
6... 13	3	0,05 —	2
64	12		8

Il est à noter que la plupart de ces malades avant de recevoir leur piqûre prenaient déjà des pilules depuis plus ou moins longtemps. Ainsi celle de la première série qui présenta une stomatite très grave après une seule piqûre de 0,10 centigr. prenait les pilules de proto-iodure depuis quinze jours. Par contre, les pilules ont toujours été supprimées chez les malades qui avaient reçu des piqûres.

Les piqûres de 0,10 centigr. ont toujours été espacées de quinze jours au moins et souvent de beaucoup plus ; de là, sans doute, l'absence de stomatites dans les séries 2 et 3.

Les piqûres de 0,05 étaient faites régulièrement tous les sept jours.

M. GASTOU. — Dans la dernière séance j'ai donné le résultat d'une série d'injections pratiquées dans le service de mon maître M. le Dr Fournier. Dans cette série il n'y avait pas eu d'abcès. Il n'en avait pas été de même au début de l'application de la méthode dans une première série, et voici qu'une troisième série a donné lieu à quelques abcès.

L'antisepsie ayant toujours été la même dans les trois séries, et pour la première série la cause évidente des abcès ayant été la brièveté des aiguilles employées, à quelle cause attribuer les abcès qui viennent d'inaugurer cette troisième série d'injections. Ces abcès ayant coïncidé avec l'arrivée d'élèves non encore complètement habitués à la technique des injections, il semblait que la cause des abcès devait être dans une faute de technique. Quelle était cette faute, ce n'était pas l'antisepsie, qui était pratiquée de même façon. Il fallait chercher ailleurs.

J'ai essayé à l'amphithéâtre des injections dans la fesse et j'ai suivi sur des coupes perpendiculaires à la surface cutanée les traces de l'injection.

Au-dessous de la peau existe une couche de tissu cellulo-grasieux, c'est la couche adipeuse, puis profondément la masse musculaire. Ces couches et surtout les deux dernières varient beaucoup d'épaisseur et de consistance d'un sujet à l'autre, si bien qu'à ce point de vue on peut diviser les sujets en émaciés, adipeux et musclés. Il est facile de comprendre que plus ces différentes couches seront épaisses, plus l'injection devra être profonde, et que la couche adipeuse peut acquérir un développement tel qu'elle empêche l'accès de la masse musculaire, si l'aiguille est courte. En outre si la masse musculaire est peu résistante, si la couche adipeuse se laisse distendre, l'injection refluera dans les différentes couches au lieu de rester dans le muscle et il se formera un véritable trajet canaliculaire allant du muscle à la peau.

Ces considérations aident à comprendre le mécanisme des empâtements et abcès.

Si l'injection est bien intra-musculaire, il ne se produira qu'un nodus, ou abcès aseptique enkysté, peu douloureux généralement. S'il y a reflux dans la couche adipeuse, l'injection s'étale dans le tissu cellulo-graisseux et crée l'empâtement au moindre contact.

Enfin, si l'injection remonte dans le trajet de l'aiguille, il se produit un véritable abcès canaliculaire, très superficiel, peu douloureux, le plus souvent aseptique.

Je crois que c'est à cette dernière cause que l'on peut attribuer les abcès récents du service : l'aiguille était mal retirée et ainsi se produisait sûrement le reflux de l'injection et l'abcès consécutif.

Les mêmes considérations anatomiques peuvent-elles expliquer la douleur ou l'indolence ? J'émet l'hypothèse que le foyer intra-musculaire produit par l'injection n'est pas douloureux s'il pénètre directement entre les fibres musculaires. Tandis que la douleur sera d'autant plus intense que l'injection tombera dans des espaces intermusculaires, interaponévrotiques plus riches en tissu cellulo-conjonctif.

M. ABADIE. — Je constate, d'après ce qui vient d'être dit par les orateurs qui ont pris successivement la parole, que l'accord est unanime sur la supériorité incontestable des injections sous-cutanées de sels mercuriels. Je ne spécifie pas, à dessein, la nature du sel employé, car vous venez d'entendre M. de Lavarenne qui, avec le biiodure, a obtenu des succès tout aussi éclatants que d'autres avec le calomel ou l'huile grise, que moi-même avec le sublimé ou le cyanure d'hydrargyre. Voilà donc un premier résultat nettement établi par l'importante discussion qui vient d'avoir lieu, les sels mercuriels semblent avoir une action plus puissante contre la syphilis quand ils sont administrés par la voie sous-cutanée que par la voie buccale.

Dès lors, pourquoi M. le professeur Fournier, qui nous a déclaré lui-même avoir guéri des cas très graves jusqu'alors rebelles aux autres moyens de traitement, cherche-t-il à restreindre l'emploi des injections et à en déterminer les indications limitées. N'est-il pas, au contraire, plus rationnel en présence de la puissance curative plus grande attestée aujourd'hui par tous les syphiligraphes, d'en généraliser l'emploi au lieu de le restreindre et de ne s'en passer que quand on ne peut pas faire autrement.

J'estime comme M. Julien qu'en présence d'un individu atteint de syphilis confirmée, le diagnostic ne laissant plus aucun doute il y a tout avantage à le soigner de suite et par les moyens les plus énergiques dont nous pouvons disposer. L'expérience de tous les jours nous démontre que les accidents secondaires ne permettent en aucune façon de préjuger de l'avenir d'un malade et du sort qui lui est réservé par la syphilis. Quelquefois, après des accidents secondaires graves et tenaces, tout rentrera complètement et définitivement dans l'ordre. Inversement, et ces cas-là sont incontestablement fort communs à la suite d'accidents de début insignifiants, après une longue période d'accalmie absolue, apparaîtront soit chez le sujet lui-même, soit chez ses descendants, des accidents fort

graves du côté du système nerveux, des organes des sens, dont il sera très difficile de se rendre maître. Car, fait remarquable, plus ces manifestations sont tardives et limitées, plus elles sont tenaces.

Au début d'une vérole nous ne savons donc jamais comment elle se comportera ; à l'heure actuelle nous ne possédons aucun signe clinique qui nous permette d'en établir le pronostic, dès lors pourquoi ne pas la traiter sérieusement dès l'origine.

Je répondrai à M. Hallopeau que, journellement, depuis plusieurs années je pratique un nombre respectable d'injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre associé à la cocaïne et que je n'observe jamais d'accidents.

La solution que j'emploie est au centième, c'est-à-dire 1 gr. de cyanure d'hydrargyre et 1 gr. de cocaïne pour 100 gr. d'eau. J'injecte donc 1 centigr. de cocaïne et je puis affirmer qu'à cette dose aucun accident n'est à craindre.

J'emploie le cyanure à la place du sublimé, uniquement parce que ce dernier forme avec la cocaïne un précipité insoluble, mais je n'ai pas remarqué que la puissance curative de l'un ou l'autre de ces deux sels fût différente.

Ma discussion avec M. Galezowski ne sera pas longue, car quand on possède, comme il le prétend et ne cesse de le répéter, un moyen avec lequel il guérit *toujours tous* ses malades, ce qu'il a de mieux à faire c'est de le garder.

M. HALLOPEAU. — Je persiste à croire que l'emploi répété de la cocaïne n'est pas inoffensif. J'ai vu des accidents redoutables survenir après une injection de cocaïne de 6 milligr.

M. BALZER. — Depuis quatre ans, j'ai fait à l'hôpital du Midi un nombre considérable d'injections de calomel ou d'huile grise, et je n'ai pas eu un seul abcès.

M. BESNIER. — J'attire l'attention de la Société sur la statistique de M. Balzer, parce qu'elle est unique. Malgré toutes les précautions commandées par l'antisepsie la plus rigoureuse, nous n'avons pas pu, M. Feulard et moi, éviter à coup sûr la production de petits abcès superficiels sur le trajet de l'aiguille.

M. DU CASTEL. — Je crois que le sexe féminin est un terrain plus propice à la formation des abcès. C'est ainsi que j'explique la fréquence des abcès à l'hôpital de Lourcine, et leur rareté à l'hôpital du Midi.

M. BESNIER. — Nous avons eu des abcès indifféremment chez les hommes et les femmes.

M. ABADIE. — Si l'on n'a pas soin de laver la peau à l'alcool avant la piqûre, si l'on ne flambe pas l'aiguille de platine iridié, l'abcès devient la règle.

M. BESNIER. — Nous avons suivi rigoureusement tous les préceptes de l'antisepsie. Quant à l'emploi de l'aiguille de platine iridié, il n'est pas indispensable puisque M. Balzer se sert d'aiguilles d'acier.

M. EUDLITZ. — Il faut faire bouillir la seringue et l'aiguille.

M. BALZER. — Je n'injecte jamais plus de 5 à 7 centigr. Une injection plus forte peut donner lieu à une réaction phlegmoneuse.

M. FOURNIER. — En employant toutes les précautions, il y a eu dans mon service 4 abcès sur 400 injections. Ordinairement le liquide puriforme, de couleur chocolat, contenu dans ces collections est aseptique. Il s'agit, suivant l'expression de M. Balzer, d'une nécrose liquéfiée.

M. BALZER. — Il y a aussi de véritables abcès microbiens.

M. FOURNIER. — On observe donc deux variétés de collections, les unes bactériennes qui pourront être évitées, les autres aseptiques qu'on ne peut supprimer.

M. BESNIER. — Je ne puis m'expliquer la contradiction qui existe entre la statistique de M. Balzer et la mienne.

M. BROCC. — Comment M. Balzer pousse-t-il son injection. Quand on opère rapidement, la douleur est vive et la réaction forte. Quand on va plus lentement, ces suites sont plus bénignes.

M. BESNIER. — Alors même qu'on pousse l'injection avec une extrême lenteur, on provoque une contraction du muscle irrité et le rejet d'une goutte du liquide injecté. En pareil cas, on peut être à peu près certain qu'il surviendra un abcès intra-canaliculaire.

M. DE LAVARENNE. — M. Letulle a fait des expériences qui démontrent que l'injection brusque du mercure dans les tissus est suivie d'un abcès, tandis que l'injection lente n'en produit pas. Il est bon de se servir d'une aiguille très fine et de pincer la peau pendant qu'on la retire.

M. BARTHÉLEMY. — Je crois en effet que toutes ces précautions sont utiles.

M. BESNIER. — En tout cas, elles ne sont pas indispensables, puisque M. Balzer, qui ne les prend pas, n'a pas eu d'abcès.

M. PORTALIER. — A titre de document, je citerai le cas d'un homme de 50 ans, qui s'est fait faire, dans l'espace de six mois, quarante injections par son jardinier ! Ici, malgré l'absence absolue de précautions, il n'y a pas eu d'abcès.

M. FOURNIER. — S'il est un axiome reconnu vrai par tous les médecins, c'est que la vérole doit être traitée pendant un grand laps de temps. Or la méthode des injections est admirablement faite pour décourager les malades. Dans les 60 p. 100 des cas, les douleurs causées par les piqûres sont intolérables, aussi le syphilitique soumis à ce traitement désertera. C'est une méthode à faire le vide dans un service, suivant l'expression de M. E. Besnier. Je crois donc que l'emploi des injections doit être limité à certains cas spéciaux et exceptionnels.

M. BROCC. — Je me demande comment le praticien pourra se faire une opinion, à la suite de cette discussion si longue et si confuse. Peut-être

serait-il bon de nommer une commission qui serait chargée de rédiger des conclusions fermes.

M. BESNIER. — La question n'est pas mûre et nous ne pouvons pas encore donner un code des injections. Mais le terrain est dès maintenant déblayé et je suis convaincu que nous avons fait un travail utile.

La séance est levée.

Le secrétaire,

E. JEANSELME.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 MARS 1896

PRÉSIDENCE DE M. E. BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : M. BARTHÉLEMY, M. FEULARD. — Deuxième note sur une dermatite suppurative multiforme, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR. — Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples, par M. FEULARD. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à une varicelle, par M. H. FEULARD. — Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. A. FOURNIER, E. BESNIER, JULLIEN, BARTHÉLEMY, BEAUDOUIN.) — Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médius, par M. DU CASTEL. — Zona ophtalmique ayant simulé un érysipèle, par M. DANLOS. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Syphilis mutilante d'origine infantile, par M. DANLOS. (Discussion : MM. HALLOPEAU, E. BESNIER, A. FOURNIER.) — Sur un pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme, par MM. HALLOPEAU et ANDRÉ. (Discussion : MM. E. BESNIER, HALLOPEAU, TENNESON, BARTHÉLEMY.) — Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains, par M. HALLOPEAU. — Sur un syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique, par M. HALLOPEAU. — Sur une variété de syphilis médullaire, par M. A. FOURNIER. — Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse, par M. CANUET. (Discussion : MM. TENNESON, CANUET, E. BESNIER.) — Application des greffes dermo-épidermiques, par M. TERRIEN. (Discussion : MM. E. BESNIER, TENNESON, HALLOPEAU, A. FOURNIER.) — Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités, par MM. GASTON et BABON.

Ouvrages offerts à la Société.

V. MIBELLI. — Ext. du *Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle*. Un caso di rinoscleroma, 1888 ; di una nuova forma di cheratosi : angiocheratoma, 1889 ; Sulla esfoliazione areata della lingua, 1889 ; l'Angiocheratoma, 1891 ; Sul favo, 1892 ; Sul cheloide acneico, 1893 ; Contributo allo studio della ipercheratosi dei canali sudoriferi (paracheratosi dei canali sudoriferi (paracheratosi), 1894 ; Sulla paracheratosi, 1894 ; Ipercheratosi eccentrica, 1895.

Ext... du *Monatshefte f. prak. Dermatologie*. Beiträge zur histologie des Rhinoskleroms, 1889 ; Ueber die Behandlung der Urethritis blennorrhoeica mittelst Ausspülungen mit Kalium permanganicum, 1894 ; Trichophytia blepharo-ciliaris (blepharitis trichophytica), 1894 ; Ueber die verschiedenen prurigiformen, 1895.

VERCHÈRE. — De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic. Ext. : *Revue des maladies cancéreuses*, 1896.

L'urétrite glandulaire enkystée chez la femme. Ext. : *Presse médicale*, 1895. Nécrose syphilitique de l'os incisif. Ext. : *Presse médicale*, 1895.

DUNCAN DULKLEY. — Sleep in its relations to diseases of the skin. Ext. : *The medical Record*, novembre 1895.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Leucoplasie buccale.

M. BARTHÉLEMY. — Dans la dernière séance réglementaire a eu lieu une discussion sur la *leucoplasie buccale*. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de voir un cas de leucoplasie bucco-linguale avec un placard très circonscrit sur le côté gauche de la langue. Ce placard et cette leucoplasie ont été traités, il y a vingt-six, ans par Bazin qui les a qualifiés de psoriasis lingual arthritique et qui, insistant beaucoup sur ce dernier point, a conseillé les traitements les plus simples et l'hygiène buccale la plus douce, défendant même les eaux sulfureuses comme trop irritantes et ne permettant que les eaux alcalines (Vichy, Royat notamment). Pendant vingt-six ans, moyennant ces précautions, la lésion fut très tolérable pour le malade. Mais au mois de septembre dernier, commença pour lui un cancer, non pas bucco-lingual mais gastro-hépatique.

J'ai vu récemment, dans le service de M. Fournier, un malade atteint de psoriasis généralisé, qui était atteint en même temps de leucoplasie.

J'insiste sur cette rareté pour bien montrer quelle différence je crois exister entre le psoriasis lingual et le psoriasis cutané vulgaire.

Ai-je besoin de dire qu'il ne s'est nullement agi de métastase ; la lésion cutanée n'a disparu que proportionnellement (comme c'est la règle) à la cachexie cancéreuse et quand celle-ci a été profonde. Si le cancer de mon premier malade s'était développé in situ, sur la langue, cela eût paru assez ordinaire ; mais le cancer ici est lointain. Doit-on admettre alors que la leucoglossie n'est que le symptôme apparent d'une affection qui occuperait toute la muqueuse digestive ? Ou bien s'agit-il là d'une simple et fortuite coexistence ? J'ai cru devoir citer ce cas, car si les cas de leucoglossie confirmée sont fréquents, on ne voit pas souvent l'aboutissant extrême et on ne sait pas toujours ce qu'ils deviennent longtemps après.

Pourtant, en 1882, j'ai vu avec M. Besnier un de ces sujets atteints de psoriasis invétéré cachectisant, se terminer par un cancer intestinal.

M. FEULARD. — Il y a longtemps qu'en France un grand nombre de médecins considèrent le cancer comme une des manifestations possibles, éloignées, de ce qu'on a appelé neuro-arthritisme. C'est également chez les personnes entachées de cette diathèse que se développent de préférence un grand nombre de maladies cutanées, le psoriasis notamment ; la leucoplasie buccale doit être aussi rangée parmi les manifestations de même ordre. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on puisse voir se développer sur le même sujet à des époques différentes plusieurs de ces manifestations. Sur les rapports de l'eczéma et du cancer, M. le professeur Fournier a donné dans une de ses leçons une belle observation concernant plusieurs membres d'une même famille.

Deuxième note sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives.

Par M. HALLOPEAU et PRIEUR.

Nous apportons aujourd'hui la suite et la fin de l'histoire morbide que nous avons fait connaître à la Société, dans sa dernière séance réglementaire, sous cette dénomination nouvelle, répondant à une forme non encore décrite d'éruption pemphigoïde : la maladie après être restée pendant quelques jours stationnaire, a pris tout à coup, vers le 20 février, un caractère grave et s'est terminée par la mort.

Nous allons résumer les phases successives de cette dernière étape qui s'étend du 14 février au 4 mars.

Du 14 au 18 : État stationnaire. L'éruption reste limitée aux endroits que nous avons énumérés, s'y modifiant dans ses aspects, mais ne s'étendant pas. La température oscille entre 37°,2 et 38°.

Le 17 : La fièvre s'élève. La température, qui le matin est de 38°,4, monte le soir à 38°,9. En même temps une poussée éruptive intense se produit. Les sièges de prédilection, avant-bras, jambes, partie interne des cuisses, sont recouverts d'éléments nouveaux et, de plus, l'éruption paraît vouloir franchir ses limites ordinaires. A la partie interne des cuisses et aux grandes lèvres, on remarque des saillies végétantes.

Du 20 au 24 : L'éruption, au lieu de diminuer d'intensité comme lors des poussées précédentes, augmente chaque jour de violence et d'étendue, envahissant les parties qu'elle avait jusque-là toujours respectées. Les sensations de cuisson sont des plus pénibles.

Le 25 : L'éruption a envahi toute la partie postérieure du tronc, le ventre, le thorax, est montée au cou, a atteint la face, les régions rétro-auriculaires et le cuir chevelu. Ce sont toujours les mêmes éléments, des pustules pour la plupart miliaires, quelques-unes atteignant le volume d'une lentille.

Les oreilles, les ailes du nez, la lèvre supérieure et le menton, sont les parties de la face les plus affectées.

A la partie antérieure du thorax, l'éruption est disséminée ; on trouve quelques éléments isolés, mais la plupart sont groupés et forment des figures irrégulières, arrondies, rappelant celles que nous avons décrites précédemment sur les membres inférieurs.

Au ventre, l'éruption est confluyente sur un fond rouge sombre qui ne laisse pour ainsi dire pas d'intervalles de peau saine.

A la partie postérieure du tronc, l'éruption persiste très intense. A la région sacro-lombaire, on voit des croûtes lamelleuses autour desquelles l'épiderme soulevé forme un bourrelet.

Au membre supérieur gauche, la tuméfaction est considérable, surtout à la région du coude où l'éruption est confluyente : celle-ci a d'ailleurs intéressé le bras et l'avant-bras, formant ça et là des bulles qui ont plus de 2 centim. de diamètre. Autour de plusieurs pustulettes de l'avant-bras, on remarque une aréole hémorragique.

Le dos et la paume des mains sont envahis. L'éruption est confluyente sur les cuisses et les jambes dont la couleur passe au rouge de plus en plus foncé. Cette rougeur, à la partie postérieure des cuisses, prend un ton livide. Les deux pieds sont tuméfiés et excoriés.

Sur le cuir chevelu, on voit de minces croûtelles avec pustules miliaires innombrables.

L'état général s'aggrave; la malade s'affaiblit. Elle se plaint incessamment des vives douleurs qui provoquent l'éruption; le moindre mouvement est atrocement pénible. La fièvre persiste.

Le 20. L'éruption continue sa marche progressive.

De nouvelles poussées de pustules miliaires se sont produites sur le visage, aussi bien dans les intervalles longtemps demeurés sains que dans les anciens foyers, mais les éléments sont plus larges sur ces derniers où ils atteignent le volume d'une lentille. On en remarque de nouveaux à la région glabellaire et à la partie interne des sourcils. L'éruption augmente sur le cou et sur le cuir chevelu.

La muqueuse buccale a été envahie à son tour; les piliers, la luette, la partie postérieure du pharynx portent des vésicules; l'œsophage ne doit pas être respecté car la déglutition est extrêmement douloureuse: il faut insister beaucoup pour que la malade consente à s'alimenter.

Même état aux membres supérieurs; persistance au niveau des coudes de la tuméfaction, qui, au premier abord, simule une arthropathie.

On trouve de larges ecchymoses à la partie postérieure des cuisses. Les végétations des régions inguinales s'accroissent.

Au niveau des deux genoux, les soulèvements pustulo-bulleux forment des séries de plis saillants, parallèles, très fins, très rapprochés, sur fond rouge, simulant ceux que pourrait faire une fine mousseline. Ces plis saillants dessinent des courbes à concavité dirigée vers le centre de la rotule et se rejoignant sur les parties latérales de l'articulation.

De nouveaux éléments sont apparus sur le dos des orteils et aux cous-de-pied.

Le 27, l'éruption a encore augmenté sur la face. Elle recouvre les paupières, la racine du nez d'où elle part en éventail pour recouvrir les sourcils. Les tissus du menton et du cou sont œdématisés.

Sur le corps, l'aspect plissé signalé précédemment se généralise. Il se fait une production abondante d'un liquide jaunâtre et clair qui transsude de toutes les parties excoriées et inonde la literie.

La déglutition est plus facile, mais la respiration est très pénible; au niveau de la trachée, il paraît se faire une desquamation et une suppuration abondantes, si l'on en juge par les produits expulsés. Il en résulte une oppression pénible. L'état général paraît s'être un peu amélioré depuis que la malade reprend des aliments.

Le 28. L'éruption de la face s'est encore étendue; elle occupe maintenant la presque totalité du visage, ne laissant qu'un ruban de peau relativement sain qui traverse le milieu du front et descend sur les joues entre les placards qui entourent les ailes du nez et ceux qui entourent les oreilles. Elle consiste actuellement en un érythème sur lequel reposent de nombreux soulèvements purulents, formant des pustules et des bulles, au pourtour desquelles la rougeur est plus marquée.

Toute la partie antérieure du tronc est couverte d'un vaste soulèvement purulent sous lequel on aperçoit le derme rouge et suintant; de place en place, quelques éléments miliaires persistent.

Au niveau de l'abdomen, le soulèvement épidermique est presque complètement détaché de la surface dermique rouge et suintante.

L'éruption a conservé sur les membres son même aspect; les soulèvements bulleux des doigts et des orteils sont cependant plus larges.

L'état général devient de plus en plus alarmant: la faiblesse s'accroît, malgré une alimentation assez abondante avec des œufs, des potages, du rhum, du café, du lait. L'oppression a un peu diminué et les pulvérisations phéniquées ont atténué la sensation de vive cuisson au niveau du larynx.

Le 29: Toute la face est envahie, sauf une petite zone transversale sur le milieu du front.

Elle est recouverte de pustules confluentes sur les joues, le nez, les sourcils, le front et le cuir chevelu. On note quelques bulles sur le front. Celles qui ont été précédemment signalées sur la lèvre inférieure, le menton, le nez sont transformées en croûtes. Les paupières sont rouges et suintantes: il y a un léger degré d'ectropion des paupières inférieures.

Le 3 mars. Desquamation généralisée sur toute la face; on trouve çà et là quelques petites pustules. L'éruption se dessèche partout et fait place à des squames et à des croûtes.

A la région postéro-externe du genou gauche, on note un soulèvement œdémateux.

Au coude droit, un sphacèle commence à se produire au point de pression sur le lit.

Le 4 mars. Sur tout le corps, les éléments éruptifs sont transformés en croûtes reposant sur une peau rouge et sèche. Les membres sont le siège d'une infiltration œdémateuse considérable.

Adynamie profonde. Le malade tousse un peu; l'expectoration est muco-purulente; la langue est sèche. Depuis le début de la dernière poussée, la température a oscillé entre 38° et 39°,2.

Mort à 4 heures de l'après-midi sans incidents particuliers.

L'autopsie est faite le 6 mars.

Il était intéressant surtout de voir quelles étaient les traces laissées dans le larynx et la trachée d'une part, dans l'œsophage de l'autre, par l'envahissement de l'éruption.

Elles sont nulles dans les premiers de ces organes.

La muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage présente les vestiges de quelques vésicules, et sa coloration rougeâtre laisse deviner qu'un processus éruptif assez marqué s'y est produit.

La muqueuse de l'estomac est normale. Le foie énorme, gras, a son lobe droit considérablement augmenté; il pèse 2,750 grammes. La rate est de même volumineuse et pèse 300 grammes.

A l'ouverture du péricarde, une certaine quantité de liquide s'écoule. Le cœur ne présente d'autre altération qu'un peu d'épaississement des bords libres de la valvule.

Les poumons portent les traces d'un certain degré de congestion récente, surtout à gauche. Les reins sont plus gros que normalement et pèsent 202 et 210 grammes.

Une communication ultérieure donnera les résultats des examens plus complets de la peau, des muqueuses, des principaux organes et d'un précipité tiré des urines qu'on n'a encore pu définir chimiquement.

Il résulte de cette observation que la maladie, jusqu'à la fin, a été constamment constituée par des soulèvements d'emblée purulents, se différenciant ainsi nettement des dermatites herpétiformes ainsi que des pemphigus qui ne suppurent que secondairement.

L'éruption a continué à être remarquable par la singularité de ses formes : aux signes alphabétiques indiqués précédemment, il faut ajouter cet état très finiment et parallèlement plissé de l'épiderme soulevé au pourtour des genoux.

Les poussées purulentes ont continué à se produire simultanément dans toutes les parties envahies ; celles-ci ont fini par représenter toute la surface du corps, mais cela n'a été que graduellement, et bien que les éruptions se soient manifestement produites sous l'influence d'une cause générale, selon toute vraisemblance, ainsi que nous l'avons dit déjà, d'une dyscrasie par toxines, il y a eu des processus locaux : le fait a été des plus remarquables au visage où l'on a vu les deux groupes d'éléments intéressant d'abord isolément, d'une part, la partie médiane, c'est-à-dire le nez, son pourtour, et celui de la bouche, d'autre part, la partie la plus reculée des joues et le haut du front, s'étendre chaque jour par poussées successives, les uns excentriquement, les autres concentriquement, pour se réunir et intéresser ainsi enfin toute l'étendue de la face.

Comme phénomène nouveau, dans cette dernière phase, nous devons signaler l'énorme hypersécrétion qui s'est produite dans les derniers jours aux dépens des surfaces excoriées.

La maladie a présenté constamment, dans cette dernière période, les mêmes caractères essentiels, mais au lieu de rester limitée, comme elle l'avait été depuis dix ans, à des régions circonscrites, toujours les mêmes, elle s'est généralisée et a fini par envahir toute la surface cutanée.

La mort a pu s'expliquer par l'épuisement qu'ont entraîné l'abondance énorme de la suppuration, la persistance de la fièvre et l'insuffisance que la gêne de la déglutition amenait dans la réparation alimentaire, par l'altération secondaire du pus excrété et la résorption de toxines venant s'ajouter à celles dont la formation autochtone a été selon toute vraisemblance la cause prochaine des accidents et aussi sans doute, par le trouble généralisé et persistant des fonctions de la peau : c'est ainsi que cette maladie, après avoir, pendant de longues années, conservé des allures bénignes, a pris soudainement un caractère grave et abouti à une terminaison fatale.

Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples.

Par M. H. FEULARD.

Ce petit malade s'est présenté hier pour la première fois à la polyclinique dermatologique du service de M. le professeur Grancher, je n'ai pas encore eu le temps d'en faire une étude complète mais j'ai cru intéressant de vous le montrer de suite comme type vraiment extraordinaire de scrofulo-tuberculose cutanée.

Il est âgé de 12 ans et demi, né en Indre-et-Loire, et n'est venu à Paris que depuis peu de temps; un frère aîné âgé de 14 se porte bien, il a encore un jeune frère de 6 ans et une sœur de 3 ans également bien portants; trois autres enfants sont morts l'une de troubles digestifs, deux de croup dans le même mois.

Le père et la mère sont en bonne santé.

Il a été nourri par sa mère et était bien portant pendant les trois premières années; à l'âge de 3 ans il a eu la rougeole et c'est dans le courant de la même année qu'apparurent au cou les premiers abcès; les lésions envahirent ensuite la face, puis les autres régions du corps; aucun traitement sérieux n'est intervenu.

Actuellement tout autour du cou existent de nombreuses gommès la plupart ramollies; quelques-unes déjà ouvertes; de multiples cicatrices anciennes, des adénopathies.

La joue gauche tout entière est le siège d'une énorme cicatrice bordée à sa partie supérieure de l'œil par une bande de lésions pré-tuberculo-ulcéro-croûteuses.

Les deux bras sont le siège de lésions nombreuses.

A droite: dans le creux de l'aisselle, cicatrices dont quelques-unes sont restées fistuleuses et adhérentes profondément, adénopathie; sur le bras au milieu de la face interne et sur la face postérieure larges cicatrices gaufrées; à l'avant-bras, à la partie moyenne du bord externe, masse dure de la grosseur d'un petit œuf, adhérente profondément et ouverte à la peau par deux orifices fistuleux, grosse gomme probablement en rapport avec une lésion du radius.

A gauche: cicatrices déprimées dans le creux axillaire; à la région supéro-interne du bras, gommès dermiques ramollies; sur l'avant-bras, cicatrice déprimée d'un ancien abcès osseux, sur le milieu du bord externe gommès dermiques en activité. Le membre inférieur droit est intact.

Le gauche est malade presque du haut en bas: à la région supéro-antérieure de la cuisse près de l'aîne plusieurs gros foyers gommeux, les uns ramollis, deux déjà ulcérés — à la face postérieure au dessous du pli fessier grande cicatrice, le creux poplité est entièrement

occupé par une cicatrice; toute la face postérieure de la jambe est occupée par une vaste cicatrice bordée de placards saillants fongueux et recouverts de croûtes, analogues à ceux de la tuberculose cutanée végétante.

Sur le thorax aucun élément gommeux, mais disséminées sur les flancs surtout à gauche, nombreuses petites papules, rappelant celles du lichen scrofulosorum mais n'ayant pas le groupement régulier que l'on a habituellement dans cette variété; ce sont très probablement de petites folliculites tuberculeuses dont la présence donne à ce cas un intérêt marquant; car cette variété d'éruption tuberculeuse est assez rare. Il est intéressant de la trouver ici coexistant avec des formes banales classiques de la scrofulo-tuberculose cutanée.

M. DU CASTEL. — J'ai vu, moi aussi, un cas de scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à une rougeole.

Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle.

Par M. H. FEULARD.

Chez le premier malade que je viens de montrer, les lésions cutanées paraissent avoir succédé à une rougeole; chez cette fillette elles ont été certainement consécutives à la varicelle. Cette fillette de 6 ans est actuellement guérie des accidents tuberculeux pour lesquels elle me fut amenée il y a cinq mois et qui étaient en divers endroits des membres des gommes scrofulo-tuberculeuses typiques, la plupart d'ailleurs peu profondes. L'intérêt du cas me paraît résider dans l'étiologie.

En février 1889, cette fillette et sa jeune sœur âgée de 11 mois furent atteintes de varicelle. Les deux enfants guérirent facilement; mais au mois de juillet suivant la plus petite fut atteinte d'accidents pulmonaires et méningés auxquels elle succomba; au même moment apparaissaient sur l'aînée les premiers accidents cutanés.

Le père de ces enfants est tuberculeux, avait de la laryngite et expectorait abondamment; il a dû dans le courant de l'année faire deux séjours à l'hôpital Necker pour ses troubles pulmonaires; mais au moment de la varicelle des enfants il habitait le logis commun.

Je ne doute pas que les deux enfants aient été contaminées de cette façon à ce moment ou leur peau, siège d'une éruption de varicelle, présentait de nombreuses portes d'entrée au bacille.

Chez la plus jeune, moins résistante, l'infection a été viscérale et a causé rapidement la mort; chez la plus grande elle n'a été jusqu'à

présent que cutanée et restera telle, je l'espère. Chose curieuse à noter c'est au même moment, quatre mois après l'infection probable que les accidents aussi bien viscéraux que cutanés ont éclaté chez les deux fillettes.

Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique.

Par M. DU CASTEL.

Le malade que je vous présente eut, en 1890, un chancre syphilitique soigné par le professeur Fournier, et suivi de plaques muqueuses.

Au mois de décembre dernier, un gonflement diffus considérable du prépuce se produisait ; il y a trois semaines, deux petits boutons se développaient sur la face inférieure du prépuce, qui donnèrent un léger suintement et se couvrirent de croûtelles.

Trois jours avant l'entrée du malade, un petit bouton se montrait à l'extrémité du gland, qui s'ulcéra rapidement.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait de chaque côté de l'insertion du frein sur le prépuce deux petites croûtelles arrondies, minces, jaunâtres, qui se détachèrent facilement ; au-dessous d'elles l'épiderme était rétabli, il n'y avait pas d'ulcération. Dans l'épaisseur du derme, on sent par le palper deux masses indurées, cartilaginiformes, de forme nettement arrondie, rappelant l'induration du chancre syphilitique.

A la partie inférieure du méat, sur le côté droit, existe une ulcération un peu allongée, sans profondeur, recouverte d'un enduit diphtéroïde. Le pourtour du revêtement diphtéroïde, à la limite de l'ulcération, est bordé par un petit liseré rougeâtre qui rappelle le chancre en cocarde. Du canal s'écoule un liquide visqueux, gommeux, peu abondant, auquel un peu de sang se mêle par moments ; cet écoulement présente, par conséquent, tous les caractères de l'écoulement syphilitique. L'ulcération repose sur une base indurée, chancroïde, qui se prolonge sur une assez grande étendue du canal.

En présence d'une pareille ulcération, une question se pose ; sommes-nous en face d'une syphilide ayant pris des caractères particuliers ou d'une ulcération provoquée par une nouvelle infection syphilitique ? Malgré l'apparence de l'ulcération, je crois que, jusqu'à nouvel ordre il faut admettre la syphilide tardive ayant pris les aspects du chancre initial et non d'un véritable chancre syphilitique. Je ne saurais admettre la réinfection, parce que je la considère comme au moins très exceptionnelle : je crois donc qu'avant de l'admettre, il faut attendre l'apparition d'accidents secondaires, et je serais bien surpris

si je voyais ceux-ci se produire. Il aurait été intéressant de savoir si notre malade avait été dans ces derniers temps exposé à une infection syphilitique ; la vie errante qu'il mène ne nous a pas permis de faire cette recherche. Mon diagnostic reste jusqu'à nouvel ordre, syphilide chancroforme.

M. A. FOURNIER. — Ce diagnostic me semble inattaquable. D'ailleurs, que, pour plus de sûreté, M. Du Castel n'institue pas de traitement, et dans le délai d'un mois nous serons absolument fixés.

M. E. BESNIER. — On pourrait confirmer aussi le diagnostic en instituant un traitement ioduré intensif : très actif s'il s'agit d'un accident tertiaire ; il n'aurait aucune action sur le chancre. D'ailleurs, je ne crois guère à la réinfection syphilitique, M. Fournier ne me contredira pas si j'affirme que tous les deux nous en cherchons vainement depuis plus de vingt ans un cas inattaquable.

M. JULLIEN. — Le cas présenté par notre collègue ne me semble pas un de ceux en face desquels le problème de la réinfection se pose avec le plus d'ambiguïté.

A la vue de cet ulcère torpide, exempt d'adénopathie nous sommes immédiatement conduits à diagnostiquer cet accident que, depuis de longues années, M. Fournier nous a fait connaître sous le nom de *pseudo-chancres indurés des sujets syphilitiques*, qu'il a le premier décrit et analysé dans tous ses caractères et toutes ses circonstances. Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire d'attendre l'évolution de la lésion pour écarter l'idée d'une réinfection.

A l'inverse du cas de M. Du Castel, où la première syphilis étant très claire, la seconde est discutée, j'observe actuellement à Saint-Lazare, dans mon service, une jeune femme chez laquelle la seconde atteinte se présente avec des caractères d'une parfaite évidence, tandis que la première fait surgir des doutes dans mon esprit. C'est moi qui ai vu la malade jadis, il y a quatre ans, et aujourd'hui. Aujourd'hui elle porte deux chancres primitifs, un au méat, l'autre au col utérin, et son corps est couvert d'une syphilide floride extrêmement confluentes ; de ce côté aucun doute. Mais sur la feuille recueillie lors de son premier séjour, je ne vois noté que deux plaques muqueuses, une sur le pénis et l'autre sur la muqueuse buccale. J'ai prescrit en ce temps le traitement mercuriel, et ma première impression certes, m'a porté à croire que je me trouvais en face d'une vérole doublée ; cependant, en y réfléchissant, je suis arrivé à douter de mon premier jugement, tout au moins à penser que l'indication sommaire de ces lésions vite disparues, n'était pas de nature à entraîner une conviction formelle, et malgré cette condition idéale des deux véroles examinées dans un même hôpital par le même chef de service, je n'oserais jamais porter mon observation à l'actif de la réinfection. Si nous exigeons la rigueur des autres, il faut savoir nous l'imposer, et je pense que beaucoup de cas de réinfection disparaîtraient de la statistique, si on les soumettait à une sévère révision.

M. FOURNIER. — En effet, je n'en ai pas vu un seul cas. Et je n'hésite pas à

dire, tant j'ai peu de tendance à admettre la réinfection syphilitique que je croirais plus volontiers à une erreur de diagnostic, relativement à la première infection.

M. BAUDOUIN. — Je me rappelle avoir présenté à M. Fournier comme un chancre syphilitique un malade de la ville chez qui, quatre ou cinq années auparavant, un médecin des hôpitaux avait fait le même diagnostic.

M. BARTHÉLEMY. — Je crois aussi que pour penser à une seconde infection syphilitique, il ne faut pas le faire d'après les seuls symptômes d'une lésion si chancriforme soit-elle. Certes cette lésion donne bien des apparences d'un chancre syphilitique du méat, mais il ne faut pas se prononcer avant que soit écoulée la période où doivent apparaître les accidents secondaires même tardifs. En attendant, d'après le précepte si juste et si souvent renseigné de Fournier, il ne faut pas faire usage de mercure.

Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médius.

Par M. DU CASTEL

Le malade que je vous présente est atteint de tuberculose pulmonaire depuis six ans et arrivé à la période cachectique ; il est atteint d'une ulcération tuberculeuse de l'anus des plus nettes. Si je vous le présente, c'est pour vous montrer une ulcération qui existe à l'insertion du médius gauche, au niveau du pli qui existe à l'union de sa face palmaire et de la paume de la main. Cette ulcération a débuté il y a un an ; elle est circulaire, a environ un centimètre et demi de diamètre ; les bords en sont taillés à pic ; le fond en est granuleux, présente un mélange de petites granulations miliaires et de taches jaunâtres. Au niveau des bords, on relève un certain nombre de ces petites encoches que nous sommes habitués à relever dans les ulcérations tuberculeuses. Nous sommes donc en présence d'une ulcération présentant tous les caractères des ulcérations tuberculeuses et tirant un intérêt spécial de sa localisation exceptionnelle. Celle-ci trouve sa raison dans la profession du malade, qui est sellier ; dans son métier, il est d'usage de faire glisser le fil sur le niveau où existe l'ulcération actuelle ; fréquemment de petites érosions se produisent à ce niveau à la suite de cette pratique : il est probable que notre malade aura infecté une érosion de ce genre.

Zona ophtalmique ayant simulé pendant quelques jours un érysipèle léger.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie par M. DELOUX, interne du service.)

E. C..., 31 ans, manoeuvre.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une tumeur à 70 ans. Père mort asthmatique.

Antécédents personnels. — Jamais malade avant 1886, époque à laquelle le malade contracte, au régiment, une pleurésie droite. On ne lui fait pas de ponctions; application seulement de pointes de feu au niveau du point malade. Il est marié, mais n'a pas d'enfant.

Histoire. — Malade depuis le 25 février; au début, il remarque simplement une adénite rétro-auriculaire très légère siégeant du côté droit. Il n'a pas d'excoriations de l'oreille ou du cuir chevelu pouvant expliquer une infection provoquant cette adénite. Il éprouve en même temps une céphalée sourde, occupant le côté droit seulement. Pas de douleurs vives, pas de sensations de brûlure à ce niveau. Pas de frisson, pas de fièvre, ni de courbature.

L'affection débute par une rougeur ayant envahi la moitié externe du sourcil droit; rougeur qui ne tarde pas à s'étendre assez rapidement à la moitié droite de la région frontale. Elle est accompagnée d'un œdème de la paupière droite. Devant ces symptômes, le malade se présente le 26 à l'hôpital, mais il ne peut entrer étant arrivé en retard à la consultation.

Il revient le 27; mais, dans la journée du 26, il est allé consulter un pharmacien qui lui a prescrit l'application, au niveau de la zone malade, d'une pommade à l'oxyde de zinc. Il entre le 27, salle Hillairet, lit n° 27.

Examen. — Le 28 au matin, le malade présente au niveau de la région frontale droite, sans que la ligne médiane soit dépassée, et envahissant aussi la tempe, la partie supérieure de la joue et la paupière du même côté, un œdème rougeâtre présentant surtout au niveau de la partie supérieure de la queue du sourcil droit quelques points plus foncés, de coloration violacée comme hémorragique. L'œdème remonte jusqu'au cuir chevelu qui est atteint à peu près dans son tiers antérieur. Mais il n'existe pas de bourrelet périphérique net, la douleur à la pression est nulle au niveau du cuir chevelu œdématié.

La région frontale droite, depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la queue du sourcil environ, est recouverte de vésicules excessivement abondantes, de formes très variables, les unes arrondies, les autres allongées, ne présentant aucun groupement caractéristique. Comme l'œdème sous-jacent, elles ne dépassent pas la ligne médiane; et elles remontent aussi jusqu'au cuir chevelu. A leur niveau, la sensibilité est très diminuée, une épingle fortement enfoncée détermine à peine de la douleur.

La fièvre est nulle (36°,7). Le pouls est à 78. L'adénite rétro-auriculaire a presque disparu; pas de frisson au début de l'éruption, pas de céphalée.

La langue n'est pas saburrale, elle présente seulement sur sa moitié droite un peu de sensibilité et un petit piqueté rougeâtre correspondant aux papilles fongiformes qui semblent plus saillantes de ce côté.

En présence de ces symptômes, le diagnostic hésite entre un zona ophtalmique et un érysipèle, mais l'anesthésie au niveau de la région malade, l'apparence hémorrhagique en certaines places, et l'absence de phénomènes généraux accompagnant l'unitéralité de la lésion, font pencher vers le premier diagnostic.

On prescrit simplement une application de poudre d'amidon.

Le 29 au matin, la rougeur et l'œdème ont dépassé très légèrement la ligne médiane au front, mais on constate de la rougeur et de l'œdème de la paupière inférieure gauche; le nez ne semble pas atteint; enfin, du côté droit, l'œdème et la rougeur ont envahi la joue droite et la région parotidienne. Bien qu'il n'y ait pas de bourrelet net, en raison d'une élévation de température (38°) le 28 au soir, et surtout à cause de l'envahissement du côté gauche, le diagnostic d'érysipèle paraît plus probable. Les vésicules ont conservé le même aspect, il ne s'en est pas développé de nouvelles; la langue présente le même aspect, mais rien au pharynx, pas même de rougeur. On prescrit simplement des applications d'eau de sureau.

1^{er} mars. Même aspect que le jour précédent; l'œdème des paupières à droite cache entièrement l'œil, mais quand on recouvre la supérieure, la conjonctive et surtout la cornée se montrent absolument saines. Pas d'élévation de température, 37°, 2.

Le 2. L'œdème et la rougeur de la paupière inférieure gauche ont disparu; celui de la joue droite a beaucoup diminué. La paupière à droite est entr'ouverte. La plaque rouge du front prend une teinte bleutée plus accentuée. Anesthésie complète à ce niveau; le diagnostic zona ophtalmique est confirmé.

Dans les jours qui suivent, les vésicules se dessèchent, quelques-unes s'ulcèrent et déterminent des cicatrices déprimées à leur niveau; l'anesthésie persiste complète et s'étend jusqu'au cuir chevelu envahi dans son tiers antérieur. L'œil droit n'a pas été atteint; le territoire du nerf nasolobaire a toujours été respecté.

Il ressort de cette observation que pendant plusieurs jours le diagnostic a présenté une assez grande difficulté. On pouvait invoquer en faveur de l'érysipèle, l'adénopathie initiale, l'irrégularité de forme et de distribution des vésicules, et surtout l'étendue du gonflement qui avait envahi le côté gauche de la face. La stricte limitation des vésicules par la ligne médiane, leur existence sur toute la zone érythémateuse, la base bleuâtre de quelques-unes d'entre elles, et enfin l'anesthésie si nette jointe à la légère détermination sur la moitié droite de la langue nous faisaient pencher vers le diagnostic zona; mais la difficulté n'a été tranchée d'une manière absolument certaine que par l'évolution. Il est remarquable que ce zona a déterminé fort peu de douleurs, les quelques symptômes généraux dont il s'est accom-

pagné (Pouls à 78. — Temp. 38°, etc.) ne fournissaient aucune indication différentielle.

M. BARTHÉLEMY. — Parmi les symptômes énumérés par M. Danlos en faveur d'un érysipèle, je ne retiens pour l'instant que l'adénopathie du début. Qu'il me soit permis de rappeler qu'il y a quelques années, dans cette Société même, j'ai insisté sur la fréquence, avant même le début de l'éruption zostérienne, qu'il y ait fièvre ou non, d'une ou plusieurs adénopathies aiguës, non seulement dans les régions correspondantes, mais même d'adénopathies métatypiques, par exemple dans la région sus-claviculaire pour un zona intercostal. Je me suis même appuyé sur ce signe pour penser dans le zona à une infection primitivement générale dont la manifestation objective se ferait ultérieurement et par élection le long des trajets nerveux, occasionnant une névrite toujours secondaire. Quoi qu'il en soit l'adénopathie aiguë, est un signe du zona, au moins autant que de l'érysipèle ; ce cas le confirme.

Syphilis mutilante d'origine infantile.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie par M. DEGLoux, interne du service.)

S. J..., 15 ans, entré le 20 février 1896, salle Hillairet, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — La mère contracte la syphilis en allaitant un nourrisson. Elle infecte secondairement son fils, le malade actuel, âgé à cette époque d'un an, et qu'elle nourrissait en même temps, puis elle donne aussi la syphilis à son mari. Le père et la mère ont tous deux été traités par des pilules de proto-iodure. Ils ont eu, depuis l'époque où ils ont été infectés, deux enfants bien portants dont l'un a actuellement six ans, et l'autre quatre.

Les renseignements que donne le père sont très difficiles à obtenir, son intelligence étant plus que bornée.

Antécédents personnels. — Le début de l'affection remonte donc à l'âge d'un an ; l'enfant paraît avoir eu un chancre de la cloison. Il présente au niveau du cou des cicatrices sur l'évolution desquelles il est impossible de tirer du père le moindre renseignement. Ce que l'on peut arriver à savoir c'est que la syphilis a été méconnue chez lui ; il n'aurait été soigné qu'avec de l'huile de foie de morue.

Il y a deux ans environ que le nez se serait effondré par destruction du squelette et depuis cette époque les accidents n'ont pas cessé d'évoluer.

État actuel. — L'enfant est physiquement très mal développé ; il est brachycéphale, l'intelligence est nulle ; les organes génitaux sont ceux d'un enfant de 6 à 8 ans, les testicules ont le volume d'un gros pois. Absence complète de poils sous les aisselles et au pubis. La peau est ichtyosique, surtout aux jambes et aux bras, elle paraît amincie, comme atrophiée.

Déformation rachitique partielle (à gauche) du thorax. La jambe gauche présente une périostose au niveau du tiers moyen du péroné; le condyle interne du fémur et l'épicondyle de l'humérus du même côté sont atteints de même lésion. Périostose identique de l'extrémité inférieure du radius à droite, le cubitus ne paraît pas atteint.

Ventre ballonné; les organes internes paraissent normaux.

Tête. — Séborrhée sèche du cuir chevelu; cheveux clairsemés.

Cicatrices anciennes au niveau de l'insertion du sterno-cléido-mastoldien droit.

Face. — Ulcérations ayant envahi tout le pourtour de l'orbite à droite ainsi que la joue; quand le malade s'est présenté à la consultation elle était recouverte de croûtes verdâtres très épaisses. Destruction complète des paupières droites. L'œil de ce côté, sur lequel la cornée ne se distinguait pas de la sclérotique, se présentait sous la forme d'un globe charnu reconnaissable à sa forme et à ses mouvements. La cornée était remplacée par une croûte conique épaisse de plusieurs millimètres ayant l'aspect d'une corne. Lésions ulcéreuses derrière l'oreille droite.

Ulcérations identiques siégeant à la paupière inférieure de l'autre côté, étendues jusqu'à la région temporale. L'œil gauche est conservé.

Lèvre supérieure épaissie, proéminente.

Nez écrasé, effondrement du squelette.

Pharynx. — Cicatrices sur tout le pharynx, destruction presque complète des piliers.

L'arcade dentaire supérieure est atrophiée, trop étroite pour loger les dents qui de ce fait sont mal rangées mais intactes et sans aucune des altérations qu'on observe dans la syphilis héréditaire.

La mâchoire inférieure paraît intacte; les dents y sont bien rangées et en bon état.

Traitement. — Frictions mercurielles et iodure de potassium à doses croissantes. Pansement boriqé humide sur la figure, dont les plaies exhalent une odeur fétide.

Lavages de la bouche avec une solution de chlorate de potasse.

Aujourd'hui 12 mars, après trois semaines de traitement, une transformation remarquable s'est produite; les plaies se sont réduites dans une grande proportion et sur bien des points la cicatrisation est faite ou imminente. L'œil droit s'est presque reconstitué. On distingue maintenant la sclérotique de la cornée et celle-ci offre une translucidité qui permet au malade de compter les doigts qu'on lui montre. Bien entendu, la restauration restera toujours très incomplète et plus tard la chirurgie devra intervenir pour réparer les pertes de substance.

A propos de ce cas on peut se poser les deux questions suivantes: Pourquoi la syphilis a-t-elle revêtu un caractère de malignité? Pourquoi a-t-elle attendu douze ans pour le prendre? A la première question on peut simplement répondre que la malignité est ici affaire de terrain et non de graine, puisque chez les parents infectés à la même source la vérole a été légère. Il est impossible d'aller au delà, car dire que la malignité s'explique par l'infantilisme et l'état cachec-

tique du sujet, c'est faire une pure hypothèse. L'arrêt de développement peut être aussi bien l'effet que la cause de la malignité. Chacun sait que l'infantilisme est une des conséquences fréquentes de la syphilis héréditaire; une vérole acquise au berceau peut vraisemblablement exercer la même influence et plusieurs exemples en ont déjà été publiés.

Pour expliquer l'apparition tardive de la malignité on pourrait dire que la douzième année marque souvent l'éclosion de la puberté et que cette période, comme le printemps pour les plantes, favorise la germination de toutes les aptitudes morbides. Mais comparaison n'est pas toujours raison; et en fait la puberté est ici sans influence aucune, puisque malgré ses quinze ans notre malade reste absolument impubère. En résumé, aucune des deux questions que nous nous sommes posées ne paraît susceptible d'une réponse satisfaisante.

M. HALLOPEAU. — J'ai montré à la Société un cas analogue où les deux paupières inférieures en ectropion étaient attirées jusqu'aux ailes du nez. Ce cas fut très amélioré par une restauration autoplastique pratiquée par M. Berger.

M. E. BESNIER. — Ce cas est un type de la forme de syphilis que j'ai désignée sous le nom de syphilis *mutilante*, laquelle comprend deux variétés, l'une cédant au traitement spécifique, et l'autre plus ou moins rebelle; cette dernière doit être désignée sous le nom de syphilis mutilante *maligne*.

M. FOURNIER. — Je tiens à faire remarquer l'influence dystrophique de cette syphilis acquise: elle a réalisé l'infantilisme analogue à celui de l'héréditaire.

Sur un nouveau cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.

Par H. HALLOPEAU et ANDRÉ JOURSET.

L'un de nous a communiqué avec M. H. Fournier, en 1893, à la Société de dermatologie, l'histoire d'une malade chez laquelle il s'est développé, à la suite d'une dermatite herpétiforme, un pemphigus foliacé qui s'est terminé par la mort; nous avons conclu de ce fait, et d'autres semblables, que ces deux maladies reconnaissent une cause prochaine semblable ou très voisine et que, si leurs caractères objectifs varient, c'est en raison du mode variable de réaction des sujets et aussi suivant l'intensité et la qualité de la cause prochaine qui les produit: nous ajouterons que cette cause prochaine est, selon toute vraisemblance, la production de toxines et que l'on peut invoquer la

possibilité de modifications, chez le même sujet, dans la composition élémentaire de ces toxines, modifications qui entraîneraient un changement dans leur mode d'action et contribueraient à expliquer la transformation de la dermatite herpétiforme en pemphigus foliacé; telle est l'interprétation qui nous paraît la plus vraisemblable du nouveau fait que nous avons l'honneur de communiquer à la Société.

Laurent B..., comptable, originaire de Wissembourg, âgé de 57 ans, s'est bien porté dans son enfance; on ne relève aucune tare pathologique dans sa famille, ascendants ou collatéraux.

A 22 ans, il est traité pour un chancre phagédénique de nature indéterminée; bien que n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques secondaires, il a été plusieurs fois, et, à tout hasard, soumis au traitement spécifique à l'occasion des différentes manifestations cutanées que nous allons relater.

De 26 à 28 ans, il est soigné à Lyon par Ollier pour une affection de la plante du pied droit amenant la production de callosités et d'ulcérations extrêmement douloureuses; elle rétrocede après un traitement arsenical prolongé.

Peu après, se montre, probablement sous l'influence de varices latentes, l'ulcération anfractueuse qui existe encore actuellement à la partie inférieure de la jambe droite.

De 22 à 37 ans, surviennent plusieurs poussées d'éléments, d'abord papuleux, puis croûteux, de 2 à 3 centim. de diamètre, qui envahissent la région lombaire, les hanches ou d'autres régions du tronc. B... a présenté de même des rougeurs plus petites, confluentes, sur le nez, les lèvres, les joues, à évolution crustacée, jamais douloureuses, même pas prurigineuses.

Le malade se porte bien pendant une vingtaine d'années (à part son ulcération du membre inférieur) lorsqu'au mois d'août 1895 débute la maladie actuelle, progressivement, sans rémission périodique, par un processus lent, continu et envahissant.

Tout d'abord apparaissent, aux avant-bras et sur la face palmaire du poignet droit, quelques papules rouges disséminées, presque circulaires, de la taille d'une lentille environ qui provoquent un *prurit insupportable*. Bien que le médecin traitant les ait baptisées du nom d'herpès, il ne semble pas que ces rougeurs aient primitivement revêtu l'aspect vésiculeux.

Bientôt, l'avant-bras gauche est envahi symétriquement par des productions analogues, mais un peu plus petites (3 à 4 millim. à peu près), toujours bien circulaires.

Puis, successivement, se montrent aux bras et aux membres inférieurs, des rougeurs papuleuses avec éléments erratiques sur le tronc, aux épaules suivant la ligne de frottement des bretelles, qui de disséminées deviennent confluentes. Leur nature en même temps se modifie: des bulles et des croûtes suintantes humides succèdent aux éléments simplement érythémateux, une aréole rouge circonscrivant seulement chacune des croûtes ou croûtelles.

Au mois de décembre, c'est-à-dire quatre mois environ après le début de cette poussée, l'envahissement du tégument est complet; l'état général jusqu'alors assez satisfaisant, peu modifié, devient grave : torpeur, somnolence, délire, œdème des membres inférieurs, urines rares, chargées (16 gr. d'urée par jour), amaigrissement extrême.

Après une période d'amélioration générale et locale d'un mois et demi, le malade entre au pavillon Gabrielle (milieu de février) où l'on constate les faits suivants :

La totalité du tégument est recouverte d'une sorte de carapace, composée de grandes squames blanc jaunâtre, molles et humides, à bords plus ou moins soulevés, irrégulières, mesurant de 3 à 5 centim. de longueur et même davantage; aucune région n'en est indemne.

En certains points, elles semblent plus épaisses et comme imbriquées et croûteuses, notamment à la région abdominale.

Lorsqu'on soulève ces squames par leur bord, on constate qu'elles se détachent aisément. L'arrachement peu douloureux met à découvert une surface cutanée, humide, lisse, rougeâtre qui, dès le lendemain, se recouvre de néoformations épidermiques.

Souvent les lambeaux squameux se superposent, s'agglomèrent en masses épaisses, en véritables croûtes qui finissent par tomber spontanément en huit ou dix jours. A la partie externe des bras, il s'est fait plusieurs fois des stratifications atteignant jusqu'à un demi-centim. d'épaisseur.

Comme la peau mise à nu, les squames sont humides à leur face profonde; le suintement est ordinairement séreux, parfois puriforme. On distingue de place en place quelques poils arrachés.

Aux pieds, aux mains, la desquamation se fait par lambeaux plus larges, dans les régions plantaires et palmaires surtout.

Le cuir chevelu est au contraire fendillé avec de petites lames sèches grenues, toujours blanchâtres, mais ternes. L'exfoliation y est en somme moins abondante.

A la face, où les paupières elles-mêmes sont envahies, les squames sont particulièrement fines; les cils sont rares; il y a de la blépharite glandulociliaire avec un peu d'ectropion, surtout à gauche.

Depuis son entrée au pavillon, le malade est soumis au traitement arsénical et aux applications locales de pommade salicylée à 1/50.

Depuis le 2 mars, les productions épidermiques sont moins abondantes, moins adhérentes; à la face interne des cuisses, aux fesses se marquent de grands espaces de peau simplement érythémateuse avec des flots polycycliques de squames humides en leur centre, desséchées et un peu soulevées sur leur périphérie qui témoignent nettement de leur origine bulleuse.

Le 7 mars, on peut voir une bulle affaissée à la face dorsale du pied gauche; elle est disparue le lendemain.

Il y a des adénopathies inguinales et axillaires assez prononcées.

L'état général est relativement satisfaisant; l'affection n'est presque plus prurigineuse; les urines ne sont ni albumineuses, ni sucrées, mais toujours pauvres en urée : elles n'en contiennent que 7 grammes par 24 litres.

Ce malade a bien présenté successivement les symptômes de la

dermatite herpétiforme de Duhring et ceux du pemphigus foliacé : les poussées, d'abord érythémateuses, puis bulleuses, disséminées sur toute la surface du corps, distribuées en groupes irréguliers et accompagnées d'un prurit intense ont suffisamment caractérisé la première de ces maladies ; la seconde se manifeste actuellement par l'érythrodermie généralisée avec exfoliation incessante et sécrétion sous les squames d'un liquide séreux ou séro-purulent.

La seule particularité qui distingue cette dermatose de la plupart de celles dont l'histoire a été publiée sous le nom de pemphigus foliacé, c'est le volume considérable qu'atteignent, par places, les productions squameuses ; ce n'est pas là un caractère suffisant pour l'en différencier ; il demeure donc acquis qu'une dermatose offrant tous les caractères d'un pemphigus foliacé peut succéder à une dermatite herpétiforme de Duhring comme elle succède d'autres fois à un pemphigus vulgaire. Ces faits ne font que confirmer la manière de voir exprimée plusieurs fois par l'un de nous relativement aux connexions étroites qui existent entre ces dermatoses : différences dans le mode de réaction des sujets, différences dans la quantité, l'activité et la composition élémentaire des toxines, telles sont, selon toute vraisemblance, les causes prochaines qui suffisent à expliquer les différences dans leur symptomatologie. Nous ferons remarquer en terminant que la bénignité relative attribuée au pemphigus foliacé est bien précaire : sans doute cette maladie peut être compatible avec une survie de plusieurs années, mais, le plus souvent, elle entraîne une altération progressive dans la nutrition générale et elle se termine constamment d'une manière fatale ; il faut noter à ce point de vue des périodes remarquables d'amélioration et d'aggravation : dans l'observation que nous avons rapportée avec M. H. Fournier, il s'est produit une rémission qui a duré plusieurs mois et pendant laquelle l'éruption a cessé d'être suintante pour consister exclusivement en une exfoliation épidermique ; elle a coïncidé avec un retour partiel des forces ; de même le malade que nous venons de présenter, après avoir été atteint des accidents généraux les plus graves, semble entrer dans une période d'accalmie.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Le pemphigus foliacé peut se développer consécutivement à la dermatite herpétiforme de Duhring dont il est alors une transformation ;*

2° *Cette transformation peut être attribuée, soit à un mode de changement dans le mode de réaction du sujet, soit à une modification dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques.*

3° *Le pemphigus foliacé peut présenter, dans son évolution, des alternatives notables d'aggravation et de rémission.*

M. E. BESNIER. — Mon opinion personnelle sur ce cas ne concorde pas avec celle de M. Hallopeau, car je n'admets par la *transmutation* des espèces nosologiques. Je comprendrais que l'on contestât la légitimité de l'entité « pemphigus foliacé », mais je repousse absolument la « *transformation* » de la « maladie de Duhring en pemphigus foliacé ». De deux choses l'une, ou il s'agit d'une maladie de Duhring à forme foliacée, ou il n'y a jamais eu de « maladie de Duhring », mais un pemphigus foliacé initialement pris pour une maladie de Duhring.

M. HALLOPEAU. — Nul plus que moi n'apprécie l'importance du service qu'a rendu M. Besnier à la dermatologie en s'efforçant de distinguer, dans le chaos légué par les prédécesseurs, des types morbides formant espèces et, d'une manière générale, je n'admets pas, pour ma part, les faits de passage. Je ne crois pas par exemple, à l'existence d'hybrides participant à la fois de la tuberculose, de la syphilis ou de la lèpre ; mais je pense que les grandes dermatoses bulleuses, en raison sans doute des modifications que peuvent subir facilement les agents pathogénétiques qui en sont, selon toute vraisemblance, les causes prochaines, nous voulons parler des *toxines*, doivent faire exception à la règle. Aussi, je me trouve contraint de maintenir intégralement les conclusions que nous avons formulées. Je ne puis douter que notre première malade, observée avec M. H. Fournier, n'ait été bien réellement atteinte successivement d'une dermatose herpétiforme et d'un pemphigus foliacé ; en effet, le diagnostic de dermatose herpétiforme a été fait primitivement chez cette femme, non par nous mais par notre regretté président Vidal et par M. Brocq, et celui de pemphigus foliacé n'a été contesté par personne lorsque nous avons présenté la malade à la Société ; il ressort d'ailleurs en toute évidence de la lecture de l'observation. Il en est de même pour le malade que nous venons de présenter : le polymorphisme de l'éruption et le prurit intense qu'elle a provoqué dans sa première phase n'appartiennent pas au pemphigus foliacé, mais bien à la dermatite de Duhring. N'a-t-on pas toujours admis que le pemphigus foliacé pouvait se développer consécutivement à un pemphigus vulgaire ? Or, il n'est guère contestable que la grande majorité des cas auxquels on appliquait autrefois cette étiquette ne rentrent actuellement dans le cadre de la dermatite de Duhring : nous sommes donc en réalité d'accord avec les classiques.

M. TENNESON. — C'est la négation des progrès accomplis sur la question pemphigus et le retour à l'ancienne anarchie que nous propose M. Hallopeau.

M. HALLOPEAU. — Je ne suis pas révolutionnaire à ce point : j'admire les beaux travaux qui ont permis de distinguer de nouveaux types cliniques nettement différenciés d'éruption bulleuse, mais, je le répète, je vois dans ces diverses dermatoses des degrés différents d'intoxications très voisines.

M. TENNESON. — Le rôle des toxines est fort hypothétique, l'évolution clinique est un guide plus sûr et s'oppose à ce qu'on envisage le pemphigus foliacé comme un aboutissant commun de toutes les dermatoses bulleuses.

M. BARTHÉLEMY. — Réserve faite bien entendu pour la distinction formelle à maintenir entre des espèces morbides aussi différentes que la maladie de Duhring et le pemphigus vrai devenant à la longue foliacé, je crois devoir appuyer d'une manière générale, les tendances théoriques indiquées par M. Hallopeau. Pour ma part, je crois que si M. Duhring a fait faire un progrès clinique réel en distinguant si nettement l'intensité morbide qui porte son nom et dont bien nombre de cas étaient désignés auparavant sous le nom d'érythème polymorphe, bulleux ou non, il faut maintenant voir plus haut et plus loin. Beaucoup d'affections cutanées ne sont ni bulleuses ni pustuleuses qui doivent être rangées sous ladite dénomination alors que d'autres très voisines, telles que certaines dermatites érythémateuses, ortiées ou lychénoides ou polymorphes, toujours prurigineuses, souvent aiguës, mais souvent aussi récidivantes et chroniques, ne peuvent rentrer dans cette catégorie. Or toutes ces dermatoses ne sont que des variétés de *toxidermies* avec ou sans névrose. C'est la toxidermie qui domine toute l'étiologie de ces affections; c'est de ce côté qu'il faut s'orienter et c'est de ce côté qu'est maintenant le progrès. Il faut admettre, étudier et classer, sans les confondre entre elles, les dermites par intoxications comme on le fait pour les dermites par infections ou pour les dermites médicamenteuses.

M. HALLOPEAU. — Les arguments en faveur de l'origine toxique de ces dermatoses ont été énumérés dans notre précédente communication. Je n'y reviendrai pas; je rappellerai seulement que les toxines ont été trouvées dans les urines chez deux de mes malades par mes très distingués internes en pharmacie, MM. Tète et Vadam.

Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains.

Par H. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET

L'érythème en voie de régression dont on constate l'existence chez M. B..., couché au numéro du pavillon Gabrielle, nous paraît digne d'intérêt en raison de son acuité exceptionnelle, de sa coïncidence avec une poussée érythémateuse des plus bénignes dans la région cervicale et de son développement sur un terrain diabétique; nous résumerons ainsi qu'il suit l'observation de M. B... :

Jules B... est âgé de 57 ans. Sa santé antérieure a été bonne, sous cette réserve qu'il y a trois ans, il s'est aperçu, par hasard, qu'il était diabétique; mais bien qu'il ait uriné jusqu'à 50 gr. de sucre par jour, l'affection semble être bien tolérée; il n'a jamais présenté aucun des petits signes du diabète.

Actuellement, il émet en moyenne 10 gr. de sucre par vingt-quatre heures.

Le 22 février, la femme du malade remarque qu'il porte à la nuque

quatre ou cinq placards rouges, ovalaires, à bords un peu festonnés, saillants, longs de trois à quatre centim. sur deux de largeur et transversalement dirigés. Deux de ces plaques empiètent sur les régions mastoïdiennes droite et gauche; les autres sont médianes, sises à la naissance des cheveux. Elles n'ont jamais été prurigineuses; elles laisseront sourdre deux ou trois jours après une sérosité citrine formant une croûte mince presque furfuracée.

Le 23, surviennent, sur les faces dorsales des mains, sans cause locale occasionnelle, de petites taches saillantes de 4 à 5 millim. de diamètre, à contours irréguliers, disséminées assez symétriquement de chaque côté; elles n'occasionnent ni prurit ni douleur; l'état général est bon. Le malade applique des cataplasmes amidonnés.

Bientôt ces rougeurs grandissent, deviennent confluentes, et, le 25 février, c'est-à-dire en deux jours, se recouvrent de grandes phlyctènes à contenu d'abord roussâtre, puis hémorrhagique; elles répondent à la fusion de plusieurs taches contiguës.

Le 29. L'épiderme du dos des mains, soulevé, se détache en masse et laisse à nu une surface rouge vif violacé, humide, séro-purulente, nettement limitée en gantelet; elle présente, du côté du poignet, un fin liséré noirâtre de sphacèle. La paume des mains reste indemne.

Du côté des doigts, les lésions occupent seulement les faces dorsales de la première et de la deuxième phalange, sauf au pouce et à l'auriculaire droit, intéressés dans toute leur longueur.

On note encore quelques éléments isolés, bulleux, grands comme des pièces d'un franc, situés, l'un, à l'index droit, près de l'ongle, avec aréole ecchymotique, l'autre, au médius gauche, un peu allongé suivant l'axe du doigt.

En somme, l'aspect est celui d'une brûlure au deuxième degré.

Il existe aux avant-bras un œdème collatéral remontant jusqu'aux coudes; il n'y a pas d'adénopathie axillaire. La région ulcérée, privée d'épiderme, devient assez douloureuse.

Les pieds sont indemnes.

On applique alternativement des pansements humides faiblement antiseptiques et du liniment oléo-calcaire en même temps que le malade est soumis au régime des diabétiques.

7 mars. L'érythème de la nuque pâlit; les plaques sont gaufrées et toujours un peu surélevées.

Aux mains, se remarque une amélioration très notable; l'épiderme de la paume est seulement irrégulièrement macéré par les pansements.

Il reste à la face dorsale de chaque main le liséré de sphacèle noirâtre déjà signalé sur les plis d'extension du poignet.

Quelques îlots blancs de régénération épidermique se détachent sur un fond livide.

La sensibilité est émoussée au niveau des parties atteintes.

L'état général est excellent. La quantité de sucre a légèrement diminué.

L'érythème des mains a réellement présenté chez ce malade une acuité exceptionnelle: il occupait, dans toute leur étendue, les faces dorsales des deux mains en empiétant sur les premières phalanges et

s'accompagnait d'un soulèvement en masse de l'épiderme par un liquide séro-purulent : la tuméfaction était énorme ; la disposition de l'éruption était celle d'une paire de mitaines ; la rougeur était d'une remarquable intensité. Les plaques d'érythème apparues concurremment sur la partie postérieure de la région cervicale contrastent avec les précédentes par leur couleur peu prononcée, leurs dimensions peu considérables et l'absence complète de soulèvement bulleux.

S'agit-il d'un érythème diabétique ? nous ne le pensons pas : c'est surtout en effet au voisinage des voies d'excrétion de l'urine que le contact irritant de ce liquide devenu sucré amène de l'érythème ; s'il survient en d'autres régions des phlegmasies cutanées, c'est habituellement sous la forme de furoncles, d'anthrax et non de simples érythèmes ; nous n'avons trouvé mention dans aucun auteur d'érythèmes bulleux survenus dans ces conditions.

Il nous paraît donc très vraisemblable que cet érythème polymorphe s'est développé sous l'influence des mêmes causes qui lui donnent habituellement naissance, c'est-à-dire, selon toute vraisemblance, de toxines : si le diabète a donné à cette éruption sa signature, c'est sous forme du léger liséré sphacélé qui a limité l'éruption du côté des poignets.

On peut se demander pourquoi cette différence si grande d'acuité entre les manifestations de ce pseudo-exanthème du côté du cou et des mains ? pourquoi sous l'influence d'une même cause prochaine des réactions si diverses ? pourquoi aussi ces altérations dans ces parties de la surface tégumentaire et non dans les autres : on conçoit que les diverses parties du tégument offrent des terrains essentiellement différents aux microbes pathogènes qui se développent dans l'organisme et réagissent directement sous leur influence ; mais comment en est-il de même pour les toxines ? le fait est cependant indubitable : il suffit, pour s'en convaincre, de relire l'histoire des éruptions provoquées par l'ingestion d'iodure de potassium ou d'antipyrine : on les voit se reproduire indéfiniment et constamment dans les mêmes régions circonscrites dès que les sujets font de nouveau usage du médicament pathogénétique : il faut donc admettre que, chez notre malade, les faces dorsales des mains, et ces régions seulement, ont offert une vulnérabilité toute particulière à l'égard des toxines de cet érythème et ont réagi avec une intensité énorme et très exceptionnelle.

L'existence du diabète n'a pas empêché cette éruption, d'apparence si grave au premier abord, d'évoluer régulièrement.

Sur une syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

M. A. Fournier, dans ses leçons devenues classiques sur la syphilis étudiée chez la femme, signale, parmi les manifestations de cette maladie qui peuvent donner lieu à de l'alopecie, une syphilide pityriasiforme ou roséole du cuir chevelu « consistant en des rougeurs éparses, lenticulaires ou diffuses, assez pâles de ton pour échapper à l'examen le plus souvent, et recouvertes d'une *desquamation très fine, presque microscopique*, à peine appréciable pour l'observateur non prévenu ».

La dermatose du cuir chevelu dont est atteinte la malade que nous avons l'honneur de présenter peut être rattachée à ce type, mais elle en constitue, ainsi qu'on va pouvoir en juger par les détails de l'observation, une variété que différencient la *généralisation de l'éruption à la presque totalité de la région* et les *dimensions relativement très considérables des squames*.

La nommée Marie S..., âgée de 34 ans, charbonnière, entre le 9 mars 1896, à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 20.

Mariée en 1882, elle a eu six enfants, dont deux grossesses gémellaires, et une fausse couche de trois mois il y a deux ans.

Il y a quatre mois, elle s'aperçut qu'elle avait sur la grande lèvre droite de la vulve un petit bouton ulcéré. Deux mois après, survint sur tout le corps une éruption généralisée que la malade compare à une rougeole; en même temps, commençait l'enrouement de la voix. Cette éruption s'effaça, mais, à sa place, apparurent en différentes régions, et notamment au cuir chevelu et autour des organes génitaux, des plaques rouges surélevées. La face n'aurait été prise qu'il y a un mois et la chute des cheveux se serait surtout accentuée depuis quinze jours.

Voici l'état sous lequel se présente la malade à son entrée à l'hôpital.

Sur le corps, on trouve des plaques disséminées, de la dimension d'une pièce de un franc, présentant à leur centre des croûtes qui recouvrent une ulcération à fond rougeâtre et à bords taillés à pic.

On retrouve les mêmes éléments dans les creux axillaires. Au niveau des plis inguinaux-cruraux, existent des plaques rouges surélevées ayant la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes; dans le pli inguino-crural droit, on note quelques fissures.

Ces mêmes plaques se retrouvent au niveau de l'anus, qui est lui-même atteint de condylomes; il n'y a aucune lésion eczémateuse sur le corps.

Ce qu'il y a surtout de remarquable chez cette femme, ce sont les lésions de la face et du cuir chevelu. En regardant la malade, on est frappé, en outre d'une tuméfaction des parties latérales du nez et d'un léger œdème palpébral, de l'asymétrie de la figure; elle est due au relief beaucoup plus

considérable de la bosse frontale gauche. Il existe, en effet, à ce niveau, une saillie volumineuse, arrondie, de 7 centimètres de diamètre, dure, de consistance osseuse, offrant, en un mot, tous les caractères d'une exostose. Les téguments qui la recouvrent sont rouges ; elle est légèrement douloureuse, et son début remonterait seulement à cinq jours.

Le cuir chevelu, dans sa totalité, est le siège d'une éruption, caractérisée par de la rougeur des téguments avec de la desquamation en lambeaux ou en croûtelles de plusieurs centimètres de diamètre. Il n'y a pas d'ulcérations. Cette altération s'étend en arrière jusqu'à la limite du cuir chevelu ; elle descend sur les côtés jusqu'aux régions temporales et s'avance en avant sur le front.

L'alopecie est très spéciale ; les cheveux sont extrêmement raréfiés : le petit nombre de ceux qui restent sont grêles et disséminés irrégulièrement sur le cuir chevelu.

Au premier abord, l'éruption rappelle celle d'une affection séborrhéique, mais la périphérie du cuir chevelu est parsemée de plaques érythéma-teuses, arrondies et polycycliques, de couleur jambonnée, réunies en groupes, irrégulièrement circulaires, s'avancant sur le front jusqu'à la racine du nez, s'étendant sur les côtés aux régions temporales, et descendant en arrière sur la région cervicale. Cette éruption, tout autour du cuir chevelu, a tous les caractères des plaques syphilitiques ; et sa continuité avec celle du cuir chevelu montre nettement la nature spécifique de cette dernière. Si on enlève les croûtelles du cuir chevelu, on trouve, au-dessous, d'elles, de légères élevures plus colorées que les parties avoisinantes. Il n'existe qu'un très petit nombre d'intervalles de peau saine, particulièrement dans la région pariéto-occipitale droite.

Cette éruption est peu prurigineuse.

Les amygdales sont volumineuses et la partie inférieure de l'amygdale droite présente notamment une teinte blanchâtre. Sur la lèvre supérieure du côté gauche, existe une petite plaque blanche et saillante.

La voix de la malade est éteinte, voilée. L'examen laryngoscopique montre une rougeur intense de toute la muqueuse du larynx avec infiltration des cordes vocales ne permettant pas leur rapprochement. Il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse.

Les ganglions des régions rétro-mastoïdienne, cervicale, axillaire et inguinale, surtout à droite, sont notablement tuméfiés.

Ainsi donc, le cuir chevelu, chez cette malade, est envahi dans toute son étendue, à l'exception d'un très petit espace : sa coloration est celle d'un érythème pâle et il est recouvert de squames larges et épaisses ; nous n'avons donc pas ici la desquamation très fine presque microscopique qu'a observée M. Fournier, ni les rougeurs éparées ; néanmoins il s'agit bien du même type : nous en avons pour garant la dénomination de pityriasiforme donnée par M. Fournier à sa syphilide ; elle convient également à la nôtre, avec cette différence qu'il s'agirait plutôt ici d'un eczéma séborrhéique que d'un pityriasis : la ressemblance est telle que les observateurs les plus expérimentés pour-

raient s'y tromper; l'aspect des cheveux surtout, devenus si clairsemés et si grêles, pourrait induire en erreur et faire croire à une forme grave de cet eczéma. Un examen attentif montre que l'altération diffuse du cuir chevelu vient sur les limites de la région, et particulièrement au front, dans les régions temporales et à la nuque, se continuer insensiblement avec des lésions incontestablement syphilitiques et appartenant au type clinique que l'on décrit sous le nom de plaques muqueuses de la peau; il s'agit donc bien d'une manifestation syphilitique; elle est remarquable par sa diffusion à la presque totalité du cuir chevelu, car il n'y a qu'un très petit espace de peau saine: elle mérite donc la dénomination de *syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu*.

Nous ne ferons que mentionner les différences essentielles que présente l'alopécie qui en résulte avec la chute des cheveux en claires, que l'on observe le plus souvent à cette période de la maladie.

Cette syphilide en nappe du cuir chevelu coïncide avec des manifestations qui entraînent le diagnostic de syphilides malignes précoces; il en est ainsi des nombreuses plaques muqueuses de la peau qui ont été signalées et surtout de la périostose frontale et des altérations nasales concomitantes. Il y aura lieu de rechercher si cette coïncidence est fortuite ou non.

Sur une variété de syphilis médullaire.

Par M. A. FOURNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de mon service qui est atteint de l'affection curieuse à laquelle j'ai proposé de réserver le nom de *syphilose médullaire spasmodique*.

Chez ce malade, l'affection est presque exclusivement caractérisée par les quatre symptômes suivants :

1° *Impotence des membres inférieurs*, et impotence d'un ordre tout particulier. Le malade peut marcher; mais il marche d'une façon spéciale, péniblement, lentement, avec effort; il se traîne, comme s'il avait une résistance à vaincre à chaque pas. Cette résistance, dont il est conscient, dont il se plaint, c'est une raideur musculaire; il a besoin, comme il le dit, de « tirer sur ses muscles » pour avancer chacun de ses membres; il sent ses muscles « enraidis », et il lui faut en surmonter la tension pour les mettre en mouvement. Aussi bien se trouve-t-il dans l'impossibilité absolue de presser le pas et, a fortiori, de courir.

2° *Exaltation très notable du réflexe rotulien*.

3° *Trépidation épileptoïde du pied.*

4° Certains troubles du *rectum* et de la *vessie*. D'une part, constipation rebelle. D'autre part, urgence de satisfaire presque immédiatement au besoin d'uriner, dès qu'il se fait sentir; sinon, issue involontaire de quelques gouttes d'urine.

J'insisterai d'une façon spéciale sur la *conservation de la force musculaire* dans les membres inférieurs. Le malade a toute sa force dans ces membres. Impossible de fléchir ou d'étendre ces membres contrairement à la volonté du malade.

Il ne s'agit donc pas ici d'une paraplégie. Car une paraplégie implique une *défaillance* à un degré quelconque de la puissance musculaire. C'est bien manifestement une autre modalité des facultés locomotrices qui se trouve affectée en l'espèce.

En vue de spécifier ce dernier point, je qualifie le syndrome en question du nom de syphilose médullaire *spasmodique*. Cette dénomination me paraît préférable à quelques autres qui lui ont été déjà appliquées : paraplégie *spasmodique* (Charcot); — *paralysie spinale syphilitique* (Erb); — paraplégie *commune* des syphilitiques (Gilles de la Tourette), par opposition à la forme flasque, notablement plus rare.

En tout cas, l'exemple que je présente à la Société me paraît intéressant en ce qu'il constitue un type *pur* de l'affection, j'entends un type dégagé des autres symptômes soit médullaires, soit cérébraux, qui le compliquent fréquemment.

J'ajouterai encore deux remarques :

1° Chez notre malade, cette myélopathie spasmodique constitue une manifestation *précoce* de syphilis. Elle s'est produite, en effet, quatorze mois après le début de l'infection.

2° C'est là une forme qui, pour moi tout au moins, comporte un pronostic des plus fâcheux. Bien souvent, en effet, je l'ai vue résister opiniâtrement à tous les efforts de la thérapeutique. Dans le cas actuel, aucun résultat n'a été obtenu d'un traitement spécifique cependant institué avec énergie.

Les diverses particularités afférentes à ce cas se trouveraient signalées dans l'observation suivante :

(Observation recueillie par M. GEORGES BROUARDEL, interne des hôpitaux).

Le nommé D..., âgé de 41 ans, frotteur, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit n° 42, le 18 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Le malade répond très nettement aux questions que nous lui faisons sur les divers membres de sa famille, et nous constatons ainsi, d'une façon formelle, l'absence de toute hérédité syphilitique, alcoolique, tuberculeuse, ou nerveuse.

Il a encore ses parents : son père, âgé de 73 ans, n'est ni buveur, ni

sypilitique ; il présente seulement quelques douleurs dans les jambes ; sa mère, encore très bien portante a 71 ans, n'a jamais été malade ; elle a eu 11 enfants, dont 8 survivent. Parmi les trois autres, un est mort à 22 ans au régiment ; les deux autres sont morts quelques jours après leur naissance ; le malade ignore ce qu'ils ont eu.

Parmi les 8 enfants vivants, un garçon est âgé de 25 ans et est très bien portant ; six filles enfin sont également en bonne santé ; trois d'entre elles sont mariées et ont des enfants absolument sains.

Le malade nous affirme n'avoir jamais connu de tuberculeux, sypilitiques, alcooliques, ou nerveux parmi ses oncles et tantes. Ses grands-parents sont morts très âgés.

Antécédents personnels et maladie. — D... n'a jamais fait de grande maladie ; il a eu seulement de l'helminthiase intestinale étant enfant et les oreillons pendant son service militaire.

A 39 ans, en mars 1894, il a eu un chancre à la face inférieure de la verge, immédiatement en arrière du gland ; ce chancre n'a duré qu'une quinzaine de jours et n'a jamais dépassé les dimensions d'une pièce de 50 centimes. — Trois mois après son chancre, il a la roséole, puis quelques plaques muqueuses dans la bouche. A l'hôpital Saint-Louis, où il vient se faire traiter pendant dix-sept jours, on lui fait deux piqûres de calomel et on lui donne 3 gr. d'iodure de potassium par jour. Sorti de l'hôpital au bout de treize jours, il prend 1 gr. d'iodure par jour, un mois sur deux, et continue ce traitement, sans présenter aucun accident pendant un an.

Au mois de mai 1895, il commence à éprouver une difficulté croissante dans la marche ; s'accusant d'abord par une simple sensation de fatigue, cette difficulté consiste bientôt en un certain degré de raideur des membres inférieurs : « Je manquais de liberté dans les genoux », nous dit-il. Ce symptôme croît peu à peu d'intensité : au mois de juillet, la marche devient très difficile ; au mois de septembre, il est obligé de cesser son travail. Vers le mois d'octobre, D... ressent quelques vagues douleurs dans la région lombaire (ce sont les seules douleurs qu'il ait jamais éprouvées) ; il est fortement constipé.

Depuis cette époque, son état est resté stationnaire, malgré tous les traitements qu'il a suivis.

Au mois d'octobre, il prend pendant une quinzaine de jours du glycérophosphate de chaux ; puis il se met pendant quelque temps à l'iodure de potassium (à la dose de 6 gr. par jour) et aux frictions mercurielles ; on lui fait en même temps des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Au mois de novembre, il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Ménétrier, ne présentant toujours comme unique symptôme que sa difficulté à marcher. On lui donne 6 gr. d'iodure et deux pilules de protoiodure par jour, pendant quinze jours, et quelques bains sulfureux ; il suspend son traitement pendant quinze jours et le reprend pour le continuer ensuite une semaine sur deux pendant six semaines.

A ce moment, le 12 janvier 1895, il sort de l'hôpital n'éprouvant aucune amélioration dans son état.

Le 18, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, ne présentant toujours que les mêmes symptômes, et on le

met au traitement suivant : 4 gr. d'iodure, une injection de calomel par semaine, bains sulfureux et douches sulfureuses.

État actuel, 27 février 1896. — Le malade n'a constaté aucune amélioration dans son état, malgré le traitement précédemment indiqué, depuis son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire depuis un mois et demi. Il n'éprouve aucune douleur.

Tube digestif. — L'appétit est bon; la constipation est habituelle depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1895; les selles sont quelquefois espacées de quatre ou cinq jours; les purgations restent sans grand effet. — Le foie et la rate sont normaux.

Les poumons sont sains.

Il n'y a aucun trouble *cardiaque*; les battements du cœur sont un peu claqués à la pointe; l'artère radiale est un peu dure sous le doigt; le poulx est bien frappé. La jambe gauche présente des varices.

Motilité. Membres inférieurs. — La marche est difficile; ce qui établit cette difficulté, nous le constatons en regardant le malade marcher, c'est la raideur, la contracture musculaire généralisée qui envahit les membres inférieurs au moindre mouvement. Le malade nous dit lui-même que, pour faire un pas, il lui faut lutter contre cet état : « mes genoux se raidissent ».

De temps en temps, lorsqu'il pose le pied à terre, il est pris de trépidation dans les membres inférieurs, trépidation qui semble se généraliser.

La *force musculaire* est absolument indemne aux deux membres inférieurs : nous le constatons en disant au malade d'étendre le membre inférieur mis en flexion préalablement et maintenu par nous dans cette position; il en est de même pour les fléchisseurs, ce que nous constatons par l'opération inverse. Nous ne pouvons pas résister aux mouvements volontaires du malade.

Les *membres supérieurs* n'ont pas maigri; ils se présentent absolument normaux.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont très exagérés; il y a de la trépidation spinale.

Nous ne trouvons pas les réflexes exagérés aux membres supérieurs.

Sensibilité générale. — La sensibilité au tact, à la douleur et à la température est intacte et égale des deux côtés.

Organes des sens. — Les yeux ne présentent rien d'anormal; la vue a toujours été bonne; les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation; il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Il n'y a ni diminution de l'acuité auditive, ni rétrécissement du champ auditif.

Le goût et l'odorat sont normaux.

Organes génito-urinaires. — Il n'y a ni pollakiurie, ni polyurie; il n'y a ni incontinence, ni rétention d'urine; le malade dit pourtant ressentir souvent une violente envie d'uriner, surtout au réveil, et être obligé de se hâter d'obéir à cette envie; il a perdu ainsi plusieurs fois quelques gouttes d'urine. — Il n'y a pas d'albuminurie.

On constate de plus une diminution assez sensible des fonctions génitales; il n'a pas eu de coït depuis six mois; ses érections sont beaucoup moins fréquentes et moins fortes.

Il n'y a pas d'incontinence des matières fécales.

Examen du corps. — L'examen de la peau présente fort peu de chose : des cicatrices de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, une cicatrice à la face postérieure du poignet droit, vestige d'un furoncle qu'a eu le malade en 1880, au retour du régiment, bien avant sa syphilis.

Le système pileux est assez développé aux membres inférieurs, au pubis et à la face antérieure du thorax.

Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse.

Par M. CANUET.

J'ai à vous présenter une malade qui entre pour la troisième fois dans le service de M. le professeur Fournier et qui vous a été montré en 1892.

C'est une femme de 30 ans, atteinte de dermatite herpétiforme qui récidive pour la quatrième fois, au cours d'une huitième grossesse.

On ne retrouve, chez la femme malade, aucun antécédent héréditaire digne d'être noté, ni tuberculose, ni syphilis, ni hystérie.

Des sept grossesses antérieures, les quatre premières ont évolué sans manifestation cutanée.

A la cinquième grossesse, rien encore, mais, deux jours après la délivrance, début de la première atteinte qui dure, en tout, un mois.

Au quatrième mois de la sixième grossesse, deuxième atteinte. Les poussées éruptives se succèdent jusqu'à l'accouchement, se multiplient après la délivrance pour disparaître cinq semaines après.

Septième grossesse en mars 1894; du sixième mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement, nouvelle éruption.

Dans l'intervalle des grossesses, la guérison est absolue, l'éruption disparaît complètement sans laisser de traces de pigmentation.

La malade rentre dans le service, enceinte pour la huitième fois. Elle est au septième mois.

Dès le second mois, sans fièvre, sans prodromes, sont survenues de violentes démangeaisons et immédiatement après, l'éruption. Le polymorphisme de cette éruption est, dans ce cas, aussi net que dans les autres cas analogues; sur de larges placards érythémateux et érythémato-papuleux, apparaissent des vésicules, des bulbes, des pustules de volume différent. Au sommet de certaines vésicules de petites croûtelles se forment, tandis que certaines pustules rompues laissent, par places, le derme à nu ou recouvert de croûtes brunâtres. Ces éléments sont irrégulièrement groupés, remarquablement confluent sur certains points, laissant à peine entre eux quelques intervalles de peau saine. Ailleurs, les placards érythémato-papuleux ont des contours nettement limités.

L'éruption a débuté sur la face antérieure des avant-bras, puis s'est

montrée sur la face interne des cuisses; ensuite le ventre a été envahi, puis le haut du tronc, et ensuite les jambes. L'affection évolue par poussées successives, atteignant telle ou telle partie du corps.

La face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds sont respectés. Les muqueuses n'ont pas été touchées.

Le prurit, dans le cas présent, n'est pas excessif; cependant il y a des démangeaisons, surtout des sensations de brûlures, n'allant pas jusqu'à empêcher le sommeil, et ne retentissant pas sur l'état général qui reste bon.

La température est normale. Rien à noter du côté des viscères. L'analyse des urines ne révèle rien de particulier, pas d'albuminurie; un peu d'indican; urée légèrement diminuée.

Dans cette observation, nous avons eu à considérer la quatrième récurrence d'herpès gestationis chez une même malade; on peut y remarquer que le début s'est fait, pour cette dernière manifestation, à une date plus rapprochée du début de la grossesse que pour les atteintes précédentes, et que l'éruption est plus intense.

En ce moment, la grossesse, à son septième mois, évolue normalement.

M. TENNESON. — Y avait-il hypoazoturie, comme cela se voit d'ordinaire?

M. CANUET. — On ne l'a pas encore cherchée.

Applications des greffes dermo-épidermiques.

Par M. EUGÈNE TERRIEN.

Je viens, au nom de M. Tenneson et au mien, vous présenter quelques malades, traités par la méthode des greffes, et qui tous ont retiré de son application un bénéfice réel et rapide, tant dans le cas d'ulcère de jambe que dans celui de lupus tuberculeux.

Ulcère de jambe. — Voici un premier malade, Mathieu Sch..., âgé de 46 ans; son ulcère date de loin puisqu'il se produisit il y a vingt ans à la suite d'une fracture de jambe.

Sous l'influence des divers traitements appliqués, il y eut des alternatives d'améliorations, puis de récidives.

Depuis six ans l'ulcère reste stationnaire; actuellement ses dimensions sont presque celles de la paume de la main.

Le 16 octobre 1895, le malade est chloroformé, on gratte à la curette tranchante le fond atone de l'ulcère, et de grands lambeaux épidermiques pris à la face antérieure de la cuisse gauche sont appliqués à la surface cruentée, suivant le procédé de Tiersch. Pansement au mackintosh recouvert de diachylon et d'une couche de ouate.

Quatre jours après, les greffes sont prises à l'exception d'une seule, qui nécessite une seconde et légère intervention.

Deuxième observation. — Noël R..., 56 ans.

A subi deux fois la même opération à trois ans d'intervalle; la première fois, ulcère sur le côté externe de la jambe droite, guérison qui persiste encore, la seconde, ulcère sur la partie interne de la même jambe, greffes le 2 décembre 1895 par le procédé de Reverdin, sort guéri trois semaines plus tard.

Troisième observation. — M^{me} D..., ulcère sur chaque jambe; greffes par le procédé de Reverdin, guérison complète après un mois.

Enfin dans le cours de cette année où j'ai eu l'honneur d'être l'interne de M. Tenneson, bien d'autres malades atteints d'ulcère de jambe ont été traités par cette méthode. Deux cas seulement ont été suivis d'insuccès; et cela sans qu'il soit possible d'en soupçonner la cause, et quel qu'ait été le procédé employé.

Lupus. — Mais l'ulcère de jambe n'est pas la seule affection à laquelle ce traitement puisse s'appliquer, le lupus tuberculeux dans certains cas est justiciable de la même méthode.

En voici quelques exemples :

Première observation. — Fernand Th..., 19 ans.

Deux placards de lupus tuberculeux à la partie postéro-inférieure du bras droit, et à la face antérieure de la cuisse gauche. Le 6 décembre 1895, destruction du tissu lupique au moyen du caustique de Vienne. Greffes le 21 décembre. Guérison.

Deuxième observation. — Berthe B..., 16 ans.

Un placard de lupus à la joue droite. Caustiques. Greffes. Guérison.

Dans le cas de lupus il faudra donc : 1° détruire le tissu malade et obtenir une ulcération simple.

2° Greffer cette surface ainsi cruentée.

La destruction du lupus peut être obtenue de plusieurs manières : c'est ainsi que l'on pourra employer la curette tranchante, ainsi et mieux encore qu'on pourra se servir des caustiques.

M. Tenneson dans son service a employé maintes fois cette méthode avec succès; au bout de dix ou quinze jours, suivant les cas, l'escharre déterminée par le caustique se détache : la place occupée par le lupus se trouve transformée en une plaie vive qui va se cicatriser vite et spontanément.

Mais il est préférable de ne pas attendre ce résultat.

Les greffes soit à grands, soit à petits lambeaux formeront le complément de cette opération et cela pour plusieurs raisons :

1° La cicatrisation sera plus rapide et obtenue dans la majorité des cas, au bout de dix à quinze jours.

2° On évitera les rétractions cicatricielles qui représentent un des

plus sérieux inconvénients du traitement du lupus par les caustiques surtout quand on l'applique à la face, puisqu'il en peut résulter de l'ectropion et le déplacement de la commissure labiale.

3° On aura ainsi substitué de l'épiderme sain à l'ancien tissu lupique.

Résultats. — Pendant les premiers temps la région greffée reste un peu irrégulière et inégale, de surface raboteuse.

Mais bientôt l'aspect se modifie et les tissus s'assouplissent en se régularisant.

La guérison obtenue est-elle définitive? pas plus que d'autres, sans doute, ce traitement ne mettra pas à l'abri de toute récédive, il a du moins le mérite de donner des résultats rapides; et si un jour des nodules lupiques reparaissent au sein même de l'épiderme greffé, comme ils sont isolés, il sera alors facile de les détruire avec l'aiguille du galvano-cautère.

M. E. BESNIER. — Sans contester la valeur des résultats obtenus, qui réclameront l'épreuve du temps, j'attire très fortement l'attention sur les cicatrices fâcheuses par l'aspect inévitable, et par le siège choisi pour leur prise. Les surfaces sur lesquelles ont été recueillies les greffes sont irrégulièrement parsemées de cicatrices toujours fâcheuses, surtout chez la femme. Les cicatrices, en outre, demeurent parfois douloureuses, chéloïdiennes. Dans un cas récemment soumis à mon observation, on a vu, chez une hystérique à plaies éruptives bulleuses, traitées par la greffe, tous les points de prise de greffes devenir, eux-mêmes, le siège de lésions semblables à celles pour lesquelles la greffe avait été faite ailleurs sans succès, malgré l'habileté consommée du très habile chirurgien qui l'avait exécutée.

M. TENNESON. — Nous retenons la remarque de M. Besnier, mais je dois noter toutefois que nos malades se félicitent du résultat obtenu.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu pour ma part des macules succéder à ces ablations de greffes mais pas d'autres inconvénients.

M. A. FOURNIER. — Cela suffit pour être très désagréable aux femmes en certaines régions tout au moins.

Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités.

Par MM. GASTOU et BABON.

Dans son livre sur le traitement de la syphilis, M. Fournier signale des cas où le mercure administré par ingestion et quelquefois même par injection a provoqué, soit des douleurs gastriques intenses, soit

une inappétence plus ou moins marquée, soit une intolérance absolue.

M. Babon a étudié le chimisme gastrique des malades du service de M. Fournier. Cette recherche a porté sur trois séries de malades : 1° sur ceux soumis au traitement par voie gastrique ; 2° sur les injectés ; 3° enfin sur l'état gastrique avant le début de tout traitement et après traitement.

Je ne parlerai que des résultats obtenus pour la première série. Sur huit cas M. Babon a trouvé : 1 fois l'apepsie complète, 6 fois l'hypopepsie, 1 fois l'hyperpepsie. La plupart des malades ainsi examinés étaient des femmes, dont quelques-unes souffraient de troubles utérins, d'autres malades avaient présenté antérieurement des troubles cardiaques, nerveux, éthyliques ou chlorotiques.

Chez ces malades la dose de médicament avait été le plus souvent prolongée et énorme.

Dans ces cas le type gastrique trouvé est à peu près constant, il est le résultat d'une véritable gastrite avec transformation muqueuse du revêtement épithélial de l'estomac, il répond au type appelé, par M. le professeur Hayem : gastrite muqueuse.

Comme conclusion pratique de cette étude, on peut dire que chez les sujets syphilitiques, prédisposés aux troubles gastriques, il est de toute utilité pour éviter une « gastropathie médicamenteuse » et ses conséquences d'éviter la voie d'absorption gastrique. Ces malades bénéficieront de la méthode des injections pour le mercure et de l'absorption rectale pour l'iodure.

La séance est levée.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1).

Séance du 23 octobre 1895.

Chancres extra-génitaux.

M. EHLMANN présente deux cas de sclérose. Dans le premier, il existe deux scléroses sur le prépuce, et une troisième à la face interne de la cuisse. Le second est important en ce sens que dans ces cas il y a deux scléroses sur la lèvre. Toutes les deux sont survenues à la suite de baisers.

M. NEUMANN a rassemblé dans les dix dernières années 120 cas de syphilis extra-génitale. Dans d'autres pays, notamment en Russie, leur nombre est encore beaucoup plus considérable. En Bosnie, l'orateur a observé la forme dite endémique de la syphilis. Chez les Mahométans il est difficile de savoir exactement ce qui se passe au point de vue sexuel, cependant si l'on considère que dans une chambre dix à douze personnes couchent sur le plancher, se servent du même verre, il est facile de se représenter la contagiosité de la maladie. Dans ces conditions beaucoup d'enfants prennent la syphilis. Cette syphilis contractée de bonne heure prend avec la mauvaise hygiène et les privations, toutes les formes de la syphilis tertiaire. C'est là la syphilis endémique qu'on regardait autrefois comme transmise des parents aux enfants.

M. SCHIFF demande si on peut admettre avec certitude la contagion par des ustensiles de ménage, ou si elle ne se fait pas plutôt d'individu à individu.

M. NEUMANN. — La contagion médiate par des ustensiles de ménage, cuillers et verres, est démontrée. Dans une famille que connaît l'orateur le fils but dans un estaminet d'étudiants dans le verre de son voisin de table et contracta une sclérose de la lèvre. Ce n'est pas la salive qui infecte, mais bien la sécrétion de plaques muqueuses.

M. KAPOSI. — La preuve directe est très difficile à donner dans chaque cas. Car si les moissonneurs par exemple boivent au même verre ils font encore autre chose avec la bouche, mais plus ces cas apparaissent fréquemment, et plus est probable la possibilité de cette contagion par des objets de ménage, par exemple par des instruments à vent.

M. FINGER. — Il y a certainement des cas de contagion médiate. Toutefois il ne faut pas oublier que le virus syphilitique déposé sur un objet, n'est contagieux qu'aussi longtemps qu'il reste humide. Il faut donc, chez les verriers regarder cette contagion comme incontestable, par contre elle

(1) *Archiv. f. Derm. u. Syphilis*, 1895, t. XXXIII, p. 481.

ne se produit pas par l'intermédiaire d'une pipe qui a été trois ou quatre jours auparavant en contact avec la bouche d'un syphilitique.

M. NEUMANN rappelle les expériences de Bœck qui a pu faire prendre du pus de sclérose desséché pendant des semaines et de nouveau dissous, tout comme cela a lieu avec le pus de pustules de variole. L'orateur se rappelle un malade qui contracta une affection syphilitique primaire après avoir fumé un cigare qu'il avait ramassé quelque temps auparavant dans la rue. On sait aujourd'hui que plusieurs scléroses peuvent survenir en même temps, chez le même individu, l'orateur en a vu jusqu'à huit et neuf. Elles ont toutes la même configuration et la même induration.

Folliculite exulcérée.

M. ULLMANN présente un cas d'une affection du nez, qu'il regarde comme identique à la folliculite exulcérée décrite par Kaposi. L'affection aurait débuté sur la muqueuse de l'aile externe du nez, par des pustules qui se nécrosèrent. Il y a quatre semaines, lorsque l'orateur vit le malade, la peau était recouverte d'ulcères qui augmentèrent peu à peu. Or la question est de savoir si on a décrit des cas dans lesquels on a observé des lésions de ce genre également sur la muqueuse sous le nom d'acné serpigneuse.

L'orateur s'attend à ce qu'on porte le diagnostic de syphilis, diagnostic peut-être hasardé, il est obligé d'ajouter que des interventions faites dans ce sens ont provoqué une aggravation de l'état du malade; il y a eu un long traitement avec l'emplâtre gris et l'iodure de potassium qui n'a pas eu une influence favorable; d'autre part l'anamnèse était complètement négative.

M. KAPOSI ne croit pas à une « syphilis maligne ». On devrait l'appeler syphilis ulcéreuse ou précoce. Avec la malignité on porte un pronostic incertain, car ces cas guérissent aussi bien que les autres.

M. NEUMANN voudrait conserver l'expression de syphilis maligne car cette variété peut détruire en quelques jours les ailes du nez ou les paupières.

M. KAPOSI croit que cette expression n'a pas de sens précis. Il a vu un malade qui ayant encore une sclérose présentait aussi sur tout le corps, près de 200 gommées ulcérées. Il l'a fait mettre dans le bain continu additionné de sublimé; au bout de quinze jours il était guéri. Au point de vue du pronostic il tient la syphilide à petites papules comme beaucoup plus grave.

M. NEUMANN présente un malade de 23 ans atteint de *syphilide tuberculeuse* très étendue.

Dermatite papillaire du cuir chevelu.

M. KAPOSI. — Cette maladie est très rare. Dans le premier cas que j'ai décrit, les productions papillaires, mamelonnées, étaient très accusées et la dilatation arboriforme des vaisseaux était considérable. Cet état résulte de ce que tous les processus inflammatoires des parties velues déterminent des proliférations papillaires, inégales. Mais le processus consiste essentiellement en ce que le tissu enflammé se transforme de très bonne heure en tissu conjonctif sclérosé et dans ce sens les plus petites

papules, celles tout à fait du début, qui forment plus tard les grands foyers, sont les papules essentielles. La réunion des poils en forme de pinceau est due à l'action mécanique produite par la rétraction des masses de tissu conjonctif et sont en quelques points très comprimés. Quand on examine le malade, on trouve les productions kéloldiformes avec compression des poils en forme de pinceau. A la limite de la nuque et des cheveux il existe des papules de la grosseur d'une tête d'épingle, durs au point de donner au toucher la sensation de cicatrices indurées, sclérosées; ce sont les formes du début. Cette induration précoce est d'une grande importance sous le rapport diagnostique et pathologique. C'est une affection très rebelle; comme traitement: excision, cautérisation, raclage, emplâtre mercuriel etc. On n'est pas encore fixé au point de vue bactériologique. Ehrmann a publié récemment un travail sur cette question, il s'agit là d'un processus inflammatoire dans les follicules, non lié à des suppurations et à des fistules; il désigne cette affection sous le nom de *folliculitis scleroticans syccosis*, l'orateur préférerait l'épithète *elephantiastica*, car c'est un développement diffus de tissu conjonctif.

M. K. ULLMANN a présenté il y a deux ans à la société, deux cas de dermatite papillaire du cuir chevelu. Au dernier congrès de Graz le Dr Ledermann a étudié l'affection au point de vue histologique. Il voudrait faire quelques questions au professeur Kaposi. Tout d'abord à propos des recherches de Ledermann qui attachait de l'importance à la présence de nombreuses cellules éosinophiles et de certains corpuscules qu'il identifie comme très vraisemblablement avec les corpuscules de Russel. L'orateur et le Dr Tanton on montré suffisamment l'insignifiance de ce fait pour la nature de la maladie. Jamais l'orateur n'a trouvé ces corpuscules dans les nombreuses coupes qu'il a faites. Ledermann a encore insisté sur un deuxième point que l'orateur n'a pas été à même de confirmer, à savoir que les lésions primaires dans les vaisseaux apparaissent à une époque où l'appareil folliculaire est encore intact. Aucune des méthodes usuelles de coloration n'a permis à l'orateur de voir des lésions de ce genre, particulièrement sur des coupes des petites papules primaires déjà indurées que Kaposi a signalées comme caractéristiques de ces affections. L'examen bactériologique n'a pas donné de résultats positifs, en ce sens que dans le pus et les poils il n'a trouvé que des cocci pyogènes et pas de microorganismes spécifiques; dans la profondeur du tissu induré, on n'a même pu trouver aucun microorganisme cultivable. On ne saurait décider si une certaine virulence spécifique de ces cocci pyogènes ne serait pas la cause de l'induration.

M. EHLMANN avait aussi l'intention d'appeler la maladie qu'il a décrite *folliculitis elephantiastica*, il ne l'a pas fait parce que la tuméfaction avait pris ici, un caractère plutôt aigu et que sous le nom d'éléphantiasis on se représente d'ordinaire une tuméfaction et une rougeur chroniques.

Quant aux corpuscules de Russel, il ne les a pas trouvés dans un cas de dermatite papillaire du cuir chevelu. Selon l'orateur ce ne sont pas des microorganismes. Il croit qu'ils se rattachent à l'état de la division des noyaux. Chez les embryons, où les corpuscules du sang présentent beaucoup de mitoses, il existe un grand nombre de ces corpuscules.

M. RILLE. — Les corpuscules de Russel n'ont rien de particulier, on les a décrits dans une série de dermatoses. Ils ne sont nullement des dérivés de cellules éosinophiles, mais proviennent de cellules colloïdes. Il les a rencontrés dans le rhinosclérome et l'actinomycose; Spiegler dans la sarcomatose.

Lichen ruber acuminé.

M. KAPOSI montre le malade qu'il a présenté dans la séance précédente. Le traitement a consisté en pilules d'acide phénique et en bains; il n'y a plus de desquamation et par suite l'aspect psoriasiforme des grandes plaques a disparu. Par contre on voit très bien les papules acuminées, le derme, une éruption ansériniforme sur l'abdomen et les cuisses. On a en ce moment de la tendance à donner des noms nouveaux.

Ainsi Lewin prend fait et cause pour l'identité, proclamée par Kaposi, du lichen ruber acuminé et dit pityriasis pilaire comme le font les médecins de l'hôpital Saint-Louis et même Brocq. Toutefois Lewin propose à son tour le nom de « keratitis multiformis universalis » et pense que toute discussion cesserait, si moi, dit l'orateur, j'avais donné à la maladie un autre nom. Or le nom de lichen ruber donné par Hebra est justifié historiquement et doit être préféré cliniquement. Car par là l'efflorescence typique, la papule, est indiquée comme absolument caractéristique, tandis que « keratitis » a un sens beaucoup plus général et plus anatomique. Il est certain qu'anatomiquement il s'agit de kératose folliculaire. La plupart de ces efflorescences sont semblables à la peau ansérine. L'inconvénient est qu'en donnant un nom anatomique on repousse à l'arrière-plan les caractères cliniques. Dès qu'on désigne sous le nom de lichen des éruptions de petites papules, il faut s'y tenir pour des raisons historiques et cliniques.

M. KAPOSI présente ensuite un cas de **pemphigus serpigineux foliacé** et un cas de **lupus vulgaire striatus**.

Le même orateur présente encore un malade atteint de **pemphigus**, chez lequel les plaques ont une consistance remarquablement succulente et se rapprochent ainsi beaucoup de l'aspect d'un mycosis fongoïde.

M. NEUMANN pense qu'il s'agit d'un mycosis fongoïde; il n'a jamais vu de pemphigus avec un tel infiltrat, il y aurait lieu de faire un examen anatomique. L'orateur a observé il y a trois ans un cas de mycosis avec bulles; sur le cuir chevelu et à la face il survint des tumeurs à court pédoncule dont le contenu était cependant plutôt sanguinolent.

Séance du 6 novembre 1895.

Lupus érythémateux.

M. EHLMANN. — Il s'agit d'un cas dont le diagnostic est incertain. Plaques petites, saillantes, en desquamation, légèrement pigmentées, en partie aussi déprimées et pigmentées à bord rouge et en légère desquamation. L'orateur a pensé tout d'abord à un lupus érythémateux, mais il

y a quelques phénomènes qui ne sont pas en faveur de ce diagnostic, notamment le bord. La maladie date du mois de juin et serait survenue subitement.

M. NEUMANN tient aussi ce cas pour du *lupus érythémateux*. Derrière l'apophyse mastoïde il existe en effet des efflorescences de la grosseur d'une lentille, nettement circonscrites, avec cicatrice superficielle au centre et bord étroit à la périphérie. On peut faire le diagnostic d'une manière certaine en frottant une partie récemment atteinte avec de l'alcool ou du savon mou.

M. KAPOSI fait le même diagnostic, c'est-à-dire *lupus érythémateux disséminé aigu*. Les efflorescences ont ici un caractère plutôt inflammatoire, la caractéristique du processus morbide ne fait pas défaut, à savoir l'atrophie cicatricielle, mais il manque l'aspect poreux et la sensation sèche et squameuse au toucher qui résulte de la saillie formée par la dilatation des glandes sébacées. On pourrait peut-être penser au *lichen ruber* et à l'*épithéliome serpigineux*.

Épithéliome serpigineux.

M. KAPOSI. — On ne voit plus chez la malade sur la partie rouge des lèvres qu'une petite eschare due au nitrate d'argent, le bord est tout à fait lisse. Auparavant il y avait un bord dur, très étroit. Ces formes sont peu connues.

Chancre géant du menton.

M. NEUMANN présente un malade atteint d'une affection syphilitique du menton, d'une grosseur exceptionnelle, semblable aux nodosités du sycosis parasitaire.

Chancre redux.

M. NEUMANN. — Une prostituée de 27 ans, ayant contracté il y a sept ans un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, présente actuellement *in situ* une récurrence. Comme siège, cette induration correspond exactement à la sclérose originaire. La cicatrice a toujours été visible, l'induration actuelle n'existe que depuis quatorze jours. L'orateur a observé plusieurs cas de ce genre. Morel-Lavallée et Fournier citent des cas semblables de « chancre redux ».

M. EHLMANN a vu deux cas de chancre redux. Dans le premier cas il survint une sclérose tout à fait typique, dans le même point ou six mois auparavant le malade avait eu un chancre syphilitique. Dans le second cas, l'induration se produisit à la même place ou était située la première. Ce malade avait à ce moment une gomme de voile du palais. L'orateur a constaté que ces *réindurations* apparaissent quand l'affection primaire persiste encore après environ 30 frictions et qu'il reste une petite papule.

Syphilis maligne.

M. NEUMANN présente un malade de 33 ans, atteint de syphilis maligne, et qui a eu un érysipèle intercurrent. Fin août, syphilide papuleuse. Après trois injections d'hyposulfate de potassium et de mercure, l'exanthème

n'avait pas encore complètement disparu, lorsqu'il survint un érysipèle de la face. L'éruption spécifique disparut alors. Environ quinze jours après, apparurent de nouvelles syphilides avec les caractères nettement malins, de l'impetigo et du rupia.

M. NEUMANN présente deux malades : Le premier est un homme de 23 ans, atteint de *syphilis grave précoce* : infiltrats étendus, gommés ulcérées, syphilide pustuleuse, céphalée, douleurs articulaires, température fébrile vespérale, albuminurie intermittente. Comme traitement iodopyrine (iodantipyrine).

Le second, âgé de 60 ans, avait dans la région du menton une tumeur du volume d'une petite pomme, de consistance rénitente, humide et sécrétant du pus, quelques poils en émergeaient, gaines de la racine infiltrées de pus. Sur les faces antérieure et latérale du thorax ainsi que sur le dos, exanthème consistant en plaques rouges livides, ayant au centre une papule et efflorescences plus saillantes, rouge brun. Pas d'affection primaire appréciable, on n'a pas encore fait l'examen des poils *sycosis parasitaire et exanthème maculo-papuleux*.

M. KAPOSI. — Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que cette tumeur fut la lésion primaire. Il se rappelle un homme de 70 ans, qui présentait sur une joue au milieu de la barbe des saillies glandulaires, grosses comme des châtaignes, sanguinolentes, très douloureuses. On pensait à une piqûre d'insecte lorsque quatre semaines après une roséole vint éclairer le diagnostic. L'orateur croit qu'il s'agit ici d'un cas analogue et qu'on est en présence d'une affection primaire du menton.

M. NEUMANN y avait aussi pensé lors de l'apparition de l'exanthème, mais dans les cas qu'il a vus où une lésion primaire avait son siège dans une partie velue, les bords de l'ulcère avaient d'autres caractères. On fera un examen histologique.

M. GRÜNEFELD se souvient d'un cas tout à fait semblable que quelques observateurs regardaient comme un carcinome, les autres comme un sycosis parasitaire. C'est en général à l'emploi d'agents irritants qu'il faut dans ces cas attribuer l'énorme développement de la sclérose.

M. NEUMANN présente un cas d'**éléphantiasis des organes génitaux** avec eczéma chronique.

M. KAPOSI. — Un homme atteint de **tuberculose de la peau** traitée avec succès par le bleu de méthyle.

M. KAPOSI présente ensuite deux cas de **lichen ruber acuminé**. Dans le premier, la maladie existait depuis huit mois. L'arsenic n'a donné aucun résultat, tandis que l'emploi du caoutchouc a amené une amélioration très marquée. Dans le second cas, la maladie remonterait à sept semaines. Les lésions de la peau ne présentent rien de particulier à signaler.

Sclérose de la lèvre supérieure.

M. KAPOSI. — On remarque chez la malade une tuméfaction diffuse de la lèvre supérieure qui envahit principalement la partie gauche de la lèvre et s'étend peu à peu vers la commissure buccale droite ; la

peau sus-jacente est en partie normale, en partie rouge et un peu sail-lante; la muqueuse en un point circonscrit n'est pas dépouillée d'épithé-lium, mais est recouverte d'épithélium plus mince; consistance rénitente. On a pensé au rhinosclérome. On pourrait avoir affaire, soit à une sclé-rose dont l'exanthème aurait déjà disparu, attendu qu'elle existe depuis six mois, soit à un épaissement éléphantiasique consécutif à un érysi-pèle, mais en général il n'est pas unilatéral.

M. EHRLMANN rapporte cette affection à l'état défectueux des gencives et à une dent cariée.

M. NEUMANN se rallie à cette dernière opinion; avec le chancre syphili-tique de la lèvre, les ganglions sous-maxillaires du même côté sont tou-jours hypertrophiés.

Trois cas de pemphigus.

M. KAPOSI. D'après sa statistique, depuis trente-cinq ans, le rapport annuel indique 320 cas de pemphigus, 209 hommes, 111 femmes, 60 nécropsies. Si l'on ajoute à ce chiffre les cas provenant de sa pratique privée on a un minimum de 400 cas. Il présente aujourd'hui trois cas, quatre autres se trouvent dans les salles. La première malade n'offre rien de spécial. Chez la seconde on ne voit pas de bulles et cependant il s'agit bien d'un pem-phigus. L'affection remonte à huit mois; partout il existe des proliférations dans le réseau de Malpighi, comme dans le pemphigus végétant, mais elles n'ont pas un caractère aussi grave, car les bulles guérissent avant d'être bien développées. Dans les régions du menton, de la commissure buccale, au-dessus de la paupière gauche on remarque une infiltration succulente. Chez la troisième malade il y a sur tout le corps des croûtes mais pas de bulles, si on ne voyait pas autour de ces croûtes rupiformes de petites et nouvelles vésicules sur le bord, le diagnostic serait impossible. Toutes ces formes peuvent survenir sur le même sujet. Au Congrès, l'orateur a appelé l'attention sur un malade présentant à côté d'un pemphigus végétant typique, un pemphigus vulgaire.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE (1)

Séance du 25 octobre 1895.

Pigmentation arsenicale.

M. H. SCHLESINGER présente un malade de la clinique de Schrötter avec pigmentation de la peau consécutive à l'emploi de l'arsenic. Il s'agit d'un homme de 43 ans, bien portant auparavant, qui remarqua en février de cette année une tumeur dans le creux axillaire droit. Un médecin consulté prescrivit la solution de Fowler à doses modérées mais croissantes. Trois semaines après le début du traitement, la coloration de la peau devint

(1) *Wien. klin. Wochens.*, 1895, p. 779.

plus foncée. En raison du développement de la tumeur ganglionnaire et de l'apparition de nouveaux ganglions dans le creux axillaire gauche, et de l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, on continua la médication arsénicale. Les mois suivants le coloris de la peau devint de plus en plus foncé et prit une teinte bronzée.

Le malade entra en septembre dans la clinique de Schrötter; la coloration de la peau était alors un peu plus claire, la pigmentation a depuis augmenté sous l'influence de la continuation de la médication arsénicale.

Il n'est pas douteux que chez ce malade la coloration foncée de la peau ne soit la conséquence de l'emploi prolongé de l'arsenic. Il y a dans la science de nombreuses observations qui démontrent d'une manière certaine ce rapport. C'est un fait connu des dermatologistes que, chez les psoriasiques, on voit les régions de la peau qui étaient le siège des éruptions, prendre sous l'influence de l'arsenic, une coloration foncée; d'autres auteurs ont signalé la teinte bronzée de toute la peau après l'usage prolongé de ce médicament.

La pigmentation débute en général peu à peu, et dès le commencement la peau prend une teinte bronzée. Ce n'est que rarement, comme dans un cas de Cheadle, que la mélanose est précédée d'un érythème scarlatiniforme. La coloration s'étend d'une manière uniforme sur tout le corps, ou bien le visage et les mains restent indemnes (Handford). Dans le cas actuel, les mains et les pieds étaient un peu moins pigmentés que le reste du corps. Quant à la pigmentation des muqueuses, l'orateur n'a pas trouvé de renseignements dans la science; elle manquait complètement comme dans les cas qu'il a observés.

C'est là un point dont il faut tenir compte pour le diagnostic différentiel d'avec la maladie d'Addison et l'argyrie; dans ces deux dernières affections les muqueuses sont affectées.

Si dans la mélanose de date récente on cesse l'arsenic, la coloration disparaît peu à peu avec ou sans desquamation de la peau. Dans la pigmentation qui existe depuis longtemps la cessation du remède souvent ne donne pas de résultat.

Le début de la pigmentation et la quantité d'arsenic nécessaire pour produire la coloration de la peau sont très variables suivant les individus, ainsi que le démontrent les cas de Richardière et de Mathieu. En général les sujets jeunes paraissent plus prédisposés à la pigmentation, mais non dans une aussi grande proportion que celle indiquée par Lépine. Le malade actuel est âgé de 43 ans, un autre observé par l'orateur avait 40 ans. Dans le cas en question, ainsi que dans un cas de Paltauf, il survint brusquement dans les tumeurs à la suite de la médication arsénicale prolongée des processus de régression dans les tumeurs qui évoluèrent d'une manière exceptionnellement rapide. Dans l'espace de quelques jours les tumeurs avaient diminué de plus de moitié; dans le cas actuel l'effet thérapeutique ne dura que peu de temps. Il faut dans ces affections continuer avec persévérance la médication arsénicale, alors même que pendant des mois on n'a pas observé d'action thérapeutique.

Discussion. — M. KAPOSI partage absolument l'opinion de l'orateur. Dans cette maladie il y a toujours une disposition individuelle que l'on observe

principalement dans le sexe féminin, il faut par conséquent chez les femmes atteintes de psoriasis s'abstenir de traitement arsénical.

Kaposi a fréquemment observé la régression des tumeurs de ce genre sous l'influence de la médication arsénicale ; dernièrement chez une dame il a vu des tumeurs ganglionnaires disparaître complètement à la suite d'une cure de Ronceguo.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE PSYCHIATRIE ET DES MALADIES NERVEUSES (1).

Séance du 11 mars 1895.

Maladies de l'écorce du cerveau au point de vue de leurs rapports avec la syphilis.

M. KÖPPEN. — CAS I. — *Sclérose de l'écorce du cerveau avec mykrogyrie.* — La préparation provient d'un enfant de 12 ans qui, depuis sa naissance avait des convulsions et était peu développé intellectuellement. Cependant il apprit à écrire et à lire, mais il ne pouvait pas distinguer les couleurs. Il est mort épileptique. A l'autopsie, le cerveau pesait 975 gr. Les lobes occipitaux ne recouvraient pas le cervelet. Les ventricules étaient très dilatés. Dans des points presque symétriques du lobe pariétal et occipital, dans la région de la première et de la deuxième circonvolution pariétale et des circonvolutions occipitales avoisinantes les circonvolutions étaient amincies, bosselées, ridées et indurées. Au niveau du point le plus malade l'écorce cérébrale était très amincie, il y avait un tissu épais traversé de noyaux et dépourvu d'éléments nerveux, la substance médullaire sous-jacente était, dans la partie correspondante, tout à fait dépourvue de fibres médullaires. Dans les parties externes de l'écorce il existait des réseaux de fibres, rouge foncé avec la coloration de Gieson, qui suivaient la marche des anses vasculaires ou des réseaux de vaisseaux encore existants, preuve qu'il y avait eu là un processus avec forte vascularisation, néoformation, et éventuellement dilatation des vaisseaux dans la couche externe de l'écorce. La pie-mère sus-jacente était épaissie et vascularisée. En d'autres points, correspondant à un amincissement moindre de l'écorce, il restait des fibres et des cellules nerveuses, mais la disposition des éléments différait de ce qu'elle est à l'état normal. Les fibres nerveuses avaient un trajet tout à fait irrégulier, elles étaient très serrées les unes contre les autres, partout, même dans la couche tangentielle, elles étaient très nombreuses. De la masse médullaire s'élevaient des traînées de fibres médullaires compactes sans qu'à ces saillies correspondît comme à l'ordinaire un évasement de l'écorce. On observait aussi dans ce cas, quoique rarement, les adhérences des circonvolutions décrites par Otto et récemment par Oppenheim.

Il faut considérer incontestablement les lésions ci-dessus comme constituant une méningo-encéphalite terminée par sclérose. Les explications

(1) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 1124.

données par Oppenheim dans un cas analogue pour l'origine de la mykrogyrie sont confirmées par ce qui a été trouvé ici : apparition simultanée d'altérations intenses de méningo-encéphalite, outre des lésions légères de mikrogyrie ordinaire, telles que Otto et Oppenheim les ont décrites. Le tableau anatomique du cas actuel ne présentait pas de point de repère pour l'étiologie. Cet enfant a été mis au monde à l'aide du forceps, mais il est difficile d'admettre que les cuillers du forceps aient exercé une pression précisément sur les régions occipitales.

Cas II. — *Syphilis cérébrale sous forme d'encéphalite*, principalement de l'écorce, qui avait envahi les circonvolutions correspondantes des deux hémisphères, dans les parties latérales du sillon pariéto-occipital. La nécropsie montra de nombreuses altérations syphilitiques, notamment des gommès du foie. En raison de son siège, l'apparition cérébrale n'avait sans doute occasionné aucuns symptômes dans les points indifférents. On trouva toutes les phases possibles de ce genre de lésion : foyers récents de ramollissement, avec cellules granuleuses très compactes, accumulées les unes sur les autres, traversées de quelques vaisseaux et fibres ; foyers à larges mailles provenant manifestement des premiers, par suite de la résorption des cellules granuleuses, avec mailles constituées par les vaisseaux ou des traînées des fibres ; anciennes cicatrices, dans lesquelles les éléments nerveux avaient disparu et où l'écorce cérébrale ressemblait en ce point à un réseau réticulé, formé de nombreuses traînées de tissu connectif contenant des vaisseaux, réseau dont les lacunes étaient remplies de son tissu fibreux. Les vaisseaux, à l'intérieur de la pie-mère un peu épaissie, présentaient des lésions bien caractérisées d'Heubner. Quelques lumières de vaisseaux étaient tout à fait oblitérées, d'autres traversées de fibrilles résultant manifestement d'une prolifération de l'endothélium. Ces maladies en foyer de l'écorce sont vraisemblablement la conséquence de l'endarterite des vaisseaux méningiens. Il resterait à expliquer l'apparition symétrique de l'affection.

Cas III. — *Démence paralytique*, dans laquelle les lésions d'une paralysie ancienne étaient très accusées, au point que l'écorce cérébrale ressemblait à un réseau analogue à celui décrit pour les foyers anciens du cas précédent, altération qui n'indique pas par elle-même la syphilis. La partie grise de l'écorce au voisinage immédiat de ces foyers n'était que peu modifiée. Le nombre des noyaux était parfois tout à fait considérable dans les membranes très épaissies, particulièrement au voisinage des vaisseaux dont les parois étaient encore intactes et la lumière normale. Cette richesse en noyaux ne s'observe que rarement dans la paralysie. On n'a pas encore décrit l'apparition en foyers de lésions de ce genre dans l'écorce du cerveau. Il faut, en outre, remarquer que la moelle présentait partout, mais surtout dans les enveloppes de la moelle cervicale et principalement à la périphérie postérieure, dans les veines ainsi que dans les artères, des proliférations considérables de noyaux qui remplissaient même les espaces lymphatiques entre l'adventice et la membrane moyenne et traversaient cette dernière membrane, lésions que Baumgarten a trouvées avec la syphilis. Dans le cas actuel, l'anamnèse ayant établi incontestablement une infection syphilitique, et, comme d'autres causes morbides faisaient

défaut, on rapporta sans hésiter les lésions médulo-cérébrales à la syphilis. Ce cas porte à croire que peut-être des altérations très marquées de ce genre avec foyers et multiplication considérable de noyaux dans le cerveau sont l'indice d'une étiologie syphilitique; il montre en outre combien l'examen de l'appareil nerveux tout entier peut fournir de renseignements importants, puisque la syphilis peut provoquer en un point du système nerveux central des lésions qui n'ont rien de caractéristique, et, dans un autre point au contraire, des lésions caractéristiques au sens restreint du mot.

Discussion. — M. RICHTER dit que chez les idiots on trouverait souvent des lésions de ce genre avec paralysie cérébrale infantile.

M. GOWERS. — Ces lésions surviendraient à la suite d'hémorragies dans les méninges pendant l'accouchement. Il ne s'agit pas là de syphilis: il y aurait lieu de distinguer deux formes, l'une qu'on pourrait désigner sous le nom de mikrogyrie et l'autre dont les manifestations ressemblent aux proliférations en forme de choux-fleurs.

M. KÖPPEN. — Selon lui, qui a vu et décrit des altérations traumatiques de ce genre des circonvolutions du cerveau, ces lésions sont absolument distinctes de celles qu'il a indiquées ci-dessus.

A. DOYON.

CONGRÈS ALLEMAND DE DERMATOLOGIE (Suite.)

Des altérations du sang dues à la syphilis au point de vue de la thérapeutique et du diagnostic.

M. JUSTUS signale certaines modifications régulières de la teneur en hémoglobine du sang de sujets syphilitiques comparativement à celle de sujets non syphilitiques qui ne s'observent qu'avec des symptômes syphilitiques d'une période quelconque. L'influence du traitement mercuriel — cure d'injection, injection intra-veineuse — sur le sang du sujet syphilitique se reconnaîtrait déjà, suivant le mode d'application, au bout de quelques heures ou minutes, aux altérations des corpuscules sanguins, c'est-à-dire à leur teneur en hémoglobine. La diminution de la teneur en hémoglobine ne serait pas un effet direct du mercure, mais la conséquence de l'affaiblissement du pouvoir de résistance des globules rouges par le virus syphilitique.

Contribution au chapitre des maladies de la langue.

M. SCHWIMMER présente en les expliquant les dessins peints d'après nature de quelques maladies rares de la langue et des lèvres: diverses périodes de leucoplasie linguale et buccale, érythème bulleux de la muqueuse, pemphigus, argyrose de la muqueuse buccale à la suite de cautérisations nombreuses avec le nitrate d'argent, faites par le malade lui-même, lingua variegata et autres formes morbides.

Présentation de préparations microscopiques d'un cas d'endocardite blennorrhagique et de prostatite folliculaire, par MM. FINGER, GHON et SCHLAGENHAUFER.

M. FINGER présente : 1° des préparations histologiques d'endocardite blennorrhagique et fait remarquer que le gonocoque se trouve dans sa végétation sous trois formes caractéristiques : a) sous une forme endocellulaire dans les points où le gonocoque est en contact avec de nombreux leucocytes ; b) en gros amas, comparables à l'épreuve de culture pure, dans les grandes cavités de la végétation ; dans ces cavités la présence de nombreuses formes d'involution est frappante et caractéristique ; c) en longues lignes directrices asymétriques, d'une seule rangée, analogues à celles qui se trouvent entre les cellules épithéliales dans les fentes étroites de la végétation.

2° Le même orateur présente ensuite des préparations anatomiques et histologiques de la prostatite folliculaire qu'il a décrite le premier, préparations qui confirment l'opinion qu'il s'agit d'une rétention de pus dans une glande (pseudo-abcès).

M. TOUTON insiste sur l'importance d'un examen minutieux de la prostate et des vésicules séminales, d'après la méthode de Neisser dans les blennorrhagies chroniques rebelles. Selon lui le processus blennorrhagique de ces organes a pour siège les conduits excréteurs et leurs rameaux latéraux ; ce sont peut-être les refuges des gonocoques qui résistent en général le plus au traitement. L'orateur cite le cas suivant emprunté à sa pratique privée : il s'agissait d'une blennorrhagie antérieure et postérieure aiguë avec épididymite gauche. La blennorrhagie récidivait toujours. L'orateur la traita par le procédé de Diday, l'exsudat disparut rapidement, la première urine du matin en deux portions était claire et sans filaments. Quand ensuite, après irrigation de la partie antérieure et miction en deux portions, — l'urine étant absolument claire, — il pressait sur la prostate et les glandes séminales, il venait une légère trace de sécrétion muco-purulente, sans gonocoques, probablement de la vésicule séminale gauche, douloureuse à la partie supérieure. Mais la troisième urine émise ensuite était très trouble et laissait déposer une couche de pus. Ici le conduit affecté débouchait en arrière et par la pression se vidait dans la vessie. En renouvelant l'examen on obtint une sécrétion purulente contenant des gonocoques. A partir de ce moment, il y eut encore souvent infection de l'urèthre. Cet examen doit être fréquemment répété avant de regarder un cas comme guéri. (*D'après un compte-rendu de l'auteur.*)

Pathogénie des bubons vénériens.

M. BUSCHKE se basant sur ses recherches personnelles, inoculations et observations pendant plusieurs années de pratique dans les services de chirurgie, repousse la théorie de Finger concernant l'étiologie de l'ulcère vénérien, du chancre mou qui, d'après cet auteur pourrait être produit par n'importe quel agent pyogène. Des inoculations de pus, de sécrétions d'origine très diverse, de cultures de streptocoques et de staphy-

locoques, de bacilles de chancre mou sont toujours restées négatives en ce sens que l'auteur n'a pu obtenir avec elles de chancre mou, mais seulement des pustules qui guérissent rapidement. Par contre il a trouvé et obtenu en cultures pures le strepto-bacille de Ducrey dans le pus de 31 cas de chancre mou. Dans un seul cas de chancre mou typique au point de vue clinique il a constaté la présence de streptocoques et point de strepto-bacilles. Et ce cas n'était pas inoculable et guérit spontanément.

Par conséquent, l'orateur regarde le strepto-bacille de Ducrey-Krefting-Unna comme la cause de l'ulcère vénérien.

Il le trouve aussi dans les bubons qui accompagnent le chancre mou, dans le pus et au milieu du parenchyme ganglionnaire. L'orateur n'a jamais rencontré d'autres agents pyogènes dans les bubons qu'il a examinés, ce qui est d'autant plus remarquable que, dans le chancre mou primaire on trouve en général d'autres micro-organismes à côté des strepto-bacilles. Mais le fait est certain. Sur 36 bubons examinés, 9 contenaient dans le pus ou le tissu épineux le bacille de Ducrey et dans tous ces cas le pus ganglionnaire était aussi inoculable immédiatement après l'incision; la plaie devenait chancreuse et contenait également des bacilles dans le pus de l'ulcère. Il y a des cas où la sécrétion des bubons ouverts ne devenait pas immédiatement chancreuse, mais seulement au bout de quelques jours, ce qui tient à ce que les bacilles contenus dans le pus étaient morts et que ce ne sont que ceux provenant de la profondeur du tissu ganglionnaire non encore détruit, qui sont virulents, fournissent du pus inoculable et rendent la plaie chancreuse. Un traitement approprié permet d'éviter facilement cette transformation chancreuse.

L'orateur a trouvé également des bacilles dans quelques cas de bubons non virulents; dans d'autres, le plus grand nombre, il n'y en avait ni dans le pus, ni dans le tissu. Il n'a du reste pas encore terminé ses recherches sur cette variété de bubons.

M. Finger rappelle qu'il a dit au Congrès de Rome, que le chancre mou est produit par plusieurs virus, au nombre desquels se trouve aussi le bacille de Ducrey. Ce dernier auteur a soutenu que son bacille est le facteur exclusif du chancre mou. Mais ce qui est discutable c'est la définition du chancre mou. L'école de Vienne a toujours défini le chancre mou dans son sens le plus large; Hebra, Kaposi, Zeissl, indiquent un chancre mou non typique à côté du chancre atypique. Sigmund remplaça la notion trop conjecturale au point de vue clinique du chancre mou, par celle de l'helcose vénérienne, et est arrivé ainsi finalement à désigner sous le nom de chancre mou tout ulcère résultant du coït et non suivi de symptômes consécutifs, pourvu que le pus fut inoculable. Le résultat positif de l'inoculation était seulement la preuve que l'ulcère serait aussi inoculable sub vite. Or comme le pus de provenance très diverse était inoculable dans les expérimentations, beaucoup d'auteurs parmi lesquels Finger, en ont conclu que le pus d'origine différente pouvait produire un chancre mou sub coitu. Les recherches bactériologiques récentes ont porté exclusivement sur le chancre mou typique. Pour celui-ci, le strepto bacille a été reconnu comme germe, mais tous les auteurs admettent qu'il est d'autres processus ulcéreux, produits par un autre virus et transmissibles par le

coût, qui, comme l'a montré Buschke, peuvent ressembler beaucoup au chancre mou typique. L'orateur serait disposé à attribuer les résultats négatifs d'inoculation de Buschke, scléroses, pus de papules, etc., aux précautions antiseptiques prises. On voit que le chancre mou lui aussi, inoculé avec ces précautions, n'est auto-inoculable que d'une manière très restreinte. Il demande que ces inoculations soient répétées sans précautions et que les résultats obtenus soient soumis à l'examen bactériologique.

M. RAFF a examiné 40 bubons dans le service du Dr Jadassohn. Dans 22 cas de bubons avec chancre mou, l'auto-inoculation a donné des résultats négatifs, ainsi que l'examen microscopique et bactériologique. Dans deux cas seulement le résultat des recherches expérimentales fut le même que celui de Buschke. Tandis que, par conséquent, ce dernier auteur a rencontré 25 p. 100 de bubons chancreux, l'orateur n'en a trouvé que 8 p. 100. La cause de cette différence est inexplicable jusqu'ici.

Étiologie des bubons.

M. RILLE. — Après une revue historique de la question des bubons et l'exposé de son état actuel, l'orateur donne une statistique du nombre des inoculations réussies avec du pus de bubon. Sur 2,117 inoculations faites par 22 auteurs, on trouve 609 résultats positifs, donc 28 p. 100. Sur 100 inoculations, l'orateur a eu 9 résultats positifs, toujours dans la période d'inoculation de l'ulcère vénérien, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans ce nombre se trouve un cas positif concernant une suppuration ganglionnaire, qui était survenue quatorze jours après la guérison de l'ulcère primaire. La provenance du pus, soit de l'intérieur du ganglion ou du tissu péri-ganglionnaire, soit d'un ulcère récemment ou depuis plusieurs jours ouvert, n'a eu aucune influence décisive sur le résultat de l'inoculation. Dans le pus non inoculable, l'orateur n'a rencontré aucune bactérie, tandis que le bacille de Ducrey s'est toujours trouvé dans le pus inoculable, ainsi que dans les pustules et ulcères résultant de son inoculation. Parfois il y avait aussi avec lui des diplocoques, peut-être les « satellites » de Dubreuilh et Lasnet. L'orateur a trouvé également des bacilles de Ducrey dans un ulcère résultant de l'inoculation d'un bubon ainsi que dans des fragments de ganglion énucléés. Dans le pus de bubon non virulent l'orateur n'a pu découvrir que ça et là le staphylocoque pyogène doré et blanc comme contamination accidentelle, jamais d'autres micro-organismes.

Selon l'orateur, il est impossible de dire d'avance si un bubon purulent ouvert donnera ou non dans un cas spécial du pus contenant des bacilles, s'il deviendra chancreux ou mou.

De l'airol.

M. VETEL signale une nouvelle préparation iodée, employée comme succédané de l'iodoforme, et désignée sous le nom d'airol. Cette préparation, utilisée et recommandée par quelques médecins suisses, serait une combinaison d'acide gallique, de bismuth et d'iode (gallate d'oxydure de bismuth). C'est une poudre légère, vert herbacé, inodore, insoluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine, qui se colore en jaune sur les plaies,

évidemment par suite du dégagement de l'iode. Elle aurait une action calmante et détersive sur les plaies, dans les cas d'ulcère de jambe surtout accompagné d'eczémas, dans l'ongle incarné et d'autres affections de la peau. L'orateur la recommande, en raison de sa non toxicité et de son absence d'odeur, à la place de l'iodoforme.

Cas rares de gommes cutanées ramollies multiples.

M. ULLMANN est arrivé par exclusion au diagnostic de syphilis chez une femme âgée présentant de nombreux infiltrats cutanés à siège profond, en voie de ramollissement bien qu'il fut impossible de regarder comme typiques pour la syphilis les symptômes suivants : épaissements en forme de massue des phalanges terminales, tuméfactions en forme d'abcès de la peau du cou, des bras et des jambes, tumeur de la grosseur d'une noisette, partant de la muqueuse de la cloison du nez.

Mais la justesse du diagnostic ressortait sûrement du résultat négatif de l'examen bactériologique et des données histologiques positives, caractéristiques pour la syphilis, du produit de ramollissement et d'un nodule excisé, ainsi que du succès du traitement antisiphilitique.

M. JARISCH présente un certain nombre de malades :

1° Un cas de dysidrose.

Il s'agit d'une malade âgée de 58 ans. Elle est atteinte, depuis environ vingt ans, principalement sous l'influence de la chaleur, par exemple en faisant la lessive, pendant les chaleurs de l'été, souvent aussi sans causes externes appréciables, de lésions spéciales de la peau du visage, du front, des oreilles, qui s'accompagnent de troubles nerveux, de sensation de froid, d'absence intellectuelle, de sueurs abondantes. Ces altérations de la peau consistent en élevures sans aréole inflammatoire, isolées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une graine de chènevis, d'un bleu transparent particulier. Si l'on pique ces efflorescences il s'en échappe une petite quantité d'un liquide clair, visqueux, à réaction acide. Les vésicules disparaissent sans laisser de trace. Au microscope, ces éléments ont l'aspect des kystes situés dans la profondeur du derme, elles sont en partie en rapport avec les glandes sudoripares qui présentent elles-mêmes une dilatation kystique et dont la paroi est formée par des épithéliums lisses et une membrane propre très visible. On ne pouvait pas observer dans les coupes en séries la communication directe d'un canal excréteur d'une glande sudoripare dans le kyste. L'origine de ces productions reste donc obscure. Ce cas est identique à la dysidrose chronique de la face de Rosenthal et à l'hydrocystome de Robinson.

MM. TOUTON, JUSTUS, ROSENTHAL, PRINGLE et JAOSHOHN prennent part à la discussion. Justus prétend avoir vu au microscope une communication directe de ces petits kystes dans les glandes sudoripares, ce que Jadassohn met en doute d'après ses recherches personnelles. Il regarde comme des vésicules d'eczéma, ces petits kystes qui ont leur siège sur les doigts, c'est une lésion assez fréquente. Rosenthal avait autrefois donné à cette maladie le nom de dysidrose, il croit aussi à la nature eczémateuse de ces affections des doigts. Toutefois dans le cas actuel au visage il ne s'agit

pas d'un eczéma comme l'indiquent l'origine et la marche ultérieure de l'affection.

2° Éruption d'été d'Hutchinson.

Ce cas concerne un homme de 33 ans atteint depuis dix ans, particulièrement dans la saison chaude de l'année, de symptômes inflammatoires spéciaux de la peau des deux oreilles. Avec la diminution des phénomènes inflammatoires et un violent prurit, il est survenu des nodosités blanches et dures dont la grosseur variait de celle d'une graine de chènevis à celle d'un pois, qui étaient le siège de bulles, formaient des croûtes et après leur chute laissaient des cicatrices profondes cratériformes. Sur les mains il survint aussi çà et là des efflorescences semblables. Actuellement on ne voit que de très petites efflorescences récentes, mais les pavillons des oreilles tordus, rétractés, recouverts d'une peau cicatricielle bleuâtre avec leurs pertes de substances profondes semblables à des brèches, constituent comme siège unique un type intéressant de cette rare affection. La nature de cette maladie est inconnue.

3° Colloïdome ulcéreux.

Malade âgé de 31 ans. Sur la joue et sur le tragus, il existe un processus inflammatoire chronique, avec infiltration superficielle, et petites papules dont le volume atteint jusqu'à celui d'une tête d'épingle et à contenu transparent. L'examen histologique montre, outre des phénomènes inflammatoires, principalement une dégénérescence colloïde des parties superficielles de la peau, des vésicules et des papules. Cette affection se distinguerait, d'après Jarisch, des colloïdomes connus jusqu'ici par une tendance à s'ulcérer de bonne heure.

4° Lyomyômes multiples de la peau.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, crétin, qui serait atteint depuis son enfance d'une affection occupant principalement la moitié gauche du visage. Cette affection est caractérisée par des nodosités et des infiltrats de différente grosseur, dont l'épiderme est intact, ils présentent par places un coloris un peu plus foncé; ils sont en partie transparents, très sensibles à la pression et ne sont mobiles qu'avec la peau. Histologiquement ils sont composés de fibres musculaires disposées sans ordre dans la partie réticulaire.

5° Présentation d'un cas au point de vue du diagnostic.

Jeune homme de 26 ans dont la maladie a commencé en 1890 par des tuméfactions des mains et des pieds. Plus tard il survint sur le nez et sur d'autres parties périphériques de la peau des papules, mais seulement dans les régions où il y avait eu auparavant une tuméfaction diffuse. Cette tuméfaction déterminait chez le malade, particulièrement aux mains et aux doigts, de la difficulté dans les mouvements et des paresthésies. Entre ces engorgements diffus, semblables à des bourrelets, il existe çà et là des nodosités diffuses brun rouge à bleu foncé. Tous les os des phalanges sont épaissis. L'une des ailes du nez est le siège d'une infiltration

en partie bosselée, en partie lisse ou dure. Nombreux points présentant les mêmes infiltrats sur les pavillons auriculaires, les joues, les coudes et autres régions. Comme diagnostic provisoire on a parlé de sarcome idiopathique. L'examen microscopique montra un tissu de granulation, des cellules épithélioïdes et pas de sarcome; les cellules correspondaient plutôt aux infiltrats lupiques.

Selon NEISSER et JADASSOHN ce cas serait un *lupus pernio*. Dans les points où la circulation est le plus ralentie, il était survenu une infection tuberculeuse.

Touton fait rentrer ce cas dans le groupe des pseudo-leucémies.

Les verrues dures sont-elles contagieuses?

M. JADASSOHN montre sur sa main et sur celle du Dr Dreysel 4 verrues dures qui ont été produites, après une longue période d'incubation, par inoculation de fragments de verrues. Ces faits seraient certainement, au point de vue expérimental, en opposition avec l'opinion de Kaposi, que les verrues et les mollusca contagieux ne sont pas des processus infectieux. Un fait de grande importance pour cette question, c'est la longue période d'incubation, on l'a trouvée dans ces cas ainsi que dans les expériences, publiées dans l'intervalle, par Varish et Licht.

Pigment et substances réduisant l'acide osmique dans la peau humaine.

M. DREYSEL. — Le pigment de la peau humaine a la propriété de réduire l'acide osmique (Ledermann-Barlow). Cette propriété n'existe pas au même degré pour tout pigment. La propriété de réduire l'acide osmique est absolument variable, et on trouve dans l'épiderme et surtout dans le derme du pigment qui n'est pas modifié par l'acide osmique. Les « hémossiderines » ne donnent jamais une réaction osmique. Le pigment perd sa propriété de réduire l'acide osmique, quand on le traite d'abord avec l'acide chromique. La graisse conserve sa propriété de réduire l'acide osmique (Ledermann-Barlow). Outre le pigment il y a dans l'épiderme, dans des préparations non imprégnables par l'acide osmique, des substances réduisant l'acide osmique non visibles. L'une d'elles, qui se trouve dans des couches épithéliales profondes, se comporte vis-à-vis de l'acide chromique et de l'acide osmique comme la graisse, l'autre, localisée dans les couches supérieures de l'épithélium, comme le pigment.

De la trichorrhexie noueuse et des agents qui l'occasionnent.

M. SPIEGLER. — Dans nos pays la trichorrhexie noueuse de la barbe est une affection très fréquente; dans les cheveux de l'homme on l'a jusqu'ici rarement observée; chez la femme elle constitue un phénomène très rare, l'orateur n'a vu que deux cas. Dans tous les cas qu'il a rencontrés, de la barbe comme des cheveux, il a toujours constaté la présence d'un micro-organisme et, dans la plupart des cas, il a obtenu des cultures pures. On place pendant quelque temps les poils ou les cheveux dans l'alcool absolu,

dans quelques cas les bacilles de la trichorrhéxie, d'ailleurs en général assez résistants à l'action de l'alcool, meurent cependant quelquefois.

Avec la culture pure, mais non avec les souillures, qui se développent en même temps, l'orateur a réussi à produire les mêmes altérations sur des poils ou des cheveux sains.

Le bacille de Spiegler est identique à celui qui a été trouvé par Hodara dans la trichorrhéxie des femmes de Constantinople.

M. JADASSOHN a observé dans un cas de trichorrhéxie circonscrite du cuir chevelu des nodosités et de l'effilochage même sur la brosse à cheveux dont se servait le malade. Dans un cas de trichorrhéxie très prononcée de la moustache, il a obtenu de très bons résultats d'une pommade d'acide pyrogallique à 2 p. 100.

M. ROSENTHAL appelle l'attention sur ce que cette maladie serait particulièrement fréquente chez les hommes et il regarde comme nécessaire de suivre le conseil de Jadassohn, c'est-à-dire d'examiner aussi les brosses à cheveux.

Coloration des bactéries.

M. SCHAEFER présente des préparations microscopiques pour obtenir une nouvelle coloration des bactéries, laquelle offre des avantages particuliers pour rechercher les gonocoques dans le pus.

L'orateur montre ensuite des cultures de gonocoques sur un nouveau terrain de culture indiqué par Kiefer (peptone, glycérine, ascite, agar). En outre, d'autres cultures sur un milieu de culture d'agar et de rate (agar ordinaire avec lequel au lieu de chair on emploie de la rate de bœuf) avec sérum d'ascite.

Enfin l'orateur présente encore des plateaux de cultures de gonocoques sur lesquels on peut voir d'une manière instructive et intéressante l'antagonisme entre le bacille pyocyanique et d'autres bacilles en opposition au gonocoque pendant leur croissance. Les toxines d'une de ces espèces de micro-organismes empêchaient évidemment ça et là le développement de l'autre espèce. Entre d'autres micro-organismes, par exemple streptocoques et gonocoques, il n'existe au contraire aucun antagonisme de ce genre. Ils se développent également bien à côté l'un de l'autre.

Études complémentaires sur les trichophytons

M. KÄßING. — Comme complément des études sur les trichophytons, qu'il avait exposées au congrès de Breslau, il expose les résultats de ses nouvelles recherches continuées depuis cette époque :

1° La division de Sabouraud des trichophytons en trichophytons à grosses et petites spores (megalosporon et microsporon) n'est pas justifiée. La grosseur des spores est très variable dans le même champignon et dans la même culture.

2° Comme comparaison il ne faut employer que des cultures provenant d'une spore, c'est-à-dire d'un article de mycélium. Ces cultures seules peuvent être considérées comme cultures pures dans le sens bactériologique.

3° La meilleure manière pour obtenir des articles isolés de mycélium

c'est d'agiter énergiquement et longtemps des particules de culture dans de l'eau distillée.

4° D'une affection on ne peut obtenir qu'un champignon, qui en est le facteur.

5° L'essai de distinguer les trichophytons par l'examen microscopique des cultures (Furthmann et Neebe) est pauvre en résultats, en raison de la diversité des organes de génération et de fructification dans une seule et même culture et de leur inconstance aux différentes périodes ou lors du renouvellement de la culture.

6° Jusqu'à présent la comparaison macroscopique de cultures développées dans des conditions aussi semblables que possible, peut seule permettre de faire cette différenciation.

7° La culture sur pommes de terre est la plus caractéristique et par conséquent la meilleure pour cette comparaison.

8° D'après les cultures sur pommes de terre on peut naturellement diviser les champignons en trois groupes :

a) Ceux avec dépôt sec, pulvérulent et coloration brune des pommes de terre sur le bord de la culture ;

b) Ceux sans coloration des pommes de terre ;

c) Ceux avec dépôt blanc, lanugineux cicatriciel, sans coloration des pommes de terre.

9° Le même champignon peut occasionner des affections profondes et superficielles (sycosis et trichophytie circonscrite).

10° Il y a des suppurations qui ne sont provoquées que par des trichophytons.

11° Il est jusqu'à présent impossible de conclure, d'après ce tableau clinique d'une trichophytie, quel est le champignon qui l'a occasionnée.

12° La différence dans le terrain de culture ainsi que dans l'âge de cultures ultérieures du même champignon employées pour la préparation de cultures sur pommes de terre était, dans les champignons examinés par l'orateur, sans importance pour le nouveau tableau des cultures sur pommes de terre.

13° Les champignons examinés par Kröning se développent tout aussi bien sur des terrains de culture très acides que sur ceux très alcalinisés, tout aussi bien quand il y aura désoxygénisation qu'oxygénisation et ne changent pas la réaction des terrains de culture.

14° Chez 11 cobayes, inoculés sur l'épiderme avec des champignons de provenance différente, il ne se développa dans aucun cas les caractères cliniques du sycosis; l'introduction sous-cutanée de champignons eut, sans exception dans 11 autres cas, pour conséquence, la formation de nodosités; toutefois le développement ultérieur ne correspondait pas aux caractères cliniques du sycosis humain.

Contribution expérimentale à la trichophytie.

M. ULLMANN présente trois espèces différentes au point de vue microscopique de cultures artificielles de trichophytons sur agar, agar de malt et pommes de terre, cultures qu'il a obtenues de produits morbides différents de la peau humaine. Il montre en outre une série de dessins microscopi-

ques provenant de cultures dans la goutte pendante ou de préparations sur la lamelle de verre.

De plus, différents dessins coloriés et des photographies de malades d'où provenaient les produits morbides.

Quant à son opinion sur les conclusions de Krösing, l'orateur se range complètement aux propositions 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12.

En ce qui concerne les paragraphes 7 et 8 il se sépare de Krösing en ce sens qu'il regarde dans quelques formes de trichophytions les cultures sur agar et malt et peptone agar comme aussi caractéristiques que les cultures sur pommes de terre. Il est donc en quelque sorte arbitraire d'employer cette dernière culture pour avoir une division d'après les principes et complète des champignons, ainsi que le fait Krösing, paragraphe 8. L'orateur a obtenu aussi des cultures sur pommes de terre avec coloration brune du dépôt sans décoloration des pommes de terre, par conséquent des cultures qui n'ont nullement été décrites par Krösing.

Quant au paragraphe 13, l'orateur n'a pas fait d'expériences systématiques.

En ce qui concerne les expériences sur les animaux, chats, lapins et cobayes, l'orateur est d'accord avec Krösing en ce sens que les maladies provoquées n'ont pas toujours été semblables aux maladies correspondantes de l'homme (trichophytie des cheveux, trichophytie nodulaire purulente), dont provenait le champignon, mais en général elles consistaient en une simple desquamation avec chute des cheveux ou des poils de la partie malade de la peau et ne supparaient jamais. Les champignons étaient dans les follicules pileux et les squames épidermiques, en général isolés et en petit nombre rarement dans les belles chaînettes, et ne pénétraient jamais dans les cheveux.

Quant au paragraphe 1, l'orateur croit, que ni personne, pas même Krösing, n'est autorisé à établir une division de forme à grosses et à petites spores, à moins d'avoir vu des maladies de ce genre à l'état primaire dans la chevelure de l'enfant. Sabouraud a seul observé 192 cas primaires à petites spores et a pu constater des symptômes cliniques tout à fait spéciaux, qui distinguent cliniquement et microscopiquement cette maladie, déjà décrite par Gruby en 1853, de toutes les autres trichophyties à grosses spores de la tête et de la barbe ainsi que du corps.

L'orateur a eu, il est vrai, parmi ses 32 malades atteints d'herpès tonsurant, 7 trichophyties des cheveux examinées au point de vue clinique, puis dans l'Institut pathologique de Vienne au microscope et par des cultures, cependant pas de trichophyties à petites spores ; il croit donc pouvoir actuellement établir les points suivants : on n'est pas encore en mesure de diviser en formes à petites et à grosses spores, puisque aucun des rapporteurs actuels n'a entre les mains les preuves cliniques et expérimentales nécessaires pour contester les données de Sabouraud sur l'existence de la maladie de Gruby.

En outre l'orateur expose ses résultats négatifs microscopiques et de culture de 10 malades atteints d'herpès tonsurant maculeux de la peau (dont 4 avec eczéma marginé simultané des organes génitaux). Malgré cela l'orateur est absolument convaincu de la nature parasitaire, vraisem-

blement trichophytique, mais en tous cas mycosique de cette forme si fréquente à Vienne, qui, d'autre part, en raison des résultats constamment négatifs concernant le parasite, est regardée par presque tous les dermatologistes italiens, allemands, français et anglais comme non parasitaire et désignée sous le nom de pityriasis rosé (Gibert).

M. PICK considère l'herpès tonsurant maculeux et le pityriasis rosé comme deux maladies absolument différentes.

M. JADASSOHN regarde très justifiée l'opinion d'Ullmann, quant à la possibilité de l'existence d'une trichophytie spéciale à petites spores, qui est actuellement reconnue aussi en Italie par Mibelli et sur laquelle Sabouraud a le premier appelé l'attention.

M. PRINGLE confirme la présence d'une forme à petites spores en Angleterre où en général les poils et les cheveux sont plus fréquemment envahis par les trichophytons que le corps. Il regarde comme du pityriasis rosé, et par conséquent comme n'étant pas parasitaires, les cas d'Ullmann; c'est-à-dire ses photographies d'herpès tonsurant maculeux. Ce qui expliquerait aussi les résultats négatifs concernant le champignon.

Contributions mycologiques.

M. WAELSCH, s'appuyant sur les données des cultures pures de favus, sur les différentes formes de mycose tonsurante et d'eczéma marginé, étudie le pléomorphisme des hyphomycètes pathogènes. Le pléomorphisme qui survient pendant la croissance saprophytique dépend de causes situées en dehors du champignon ou dans le champignon lui-même; ces dernières dépendent du champignon ou ne sont acquises par lui que pendant sa croissance comme saprophyte.

Ce qui est très important pour la forme ultérieure de croissance d'une culture de champignon, c'est le terrain de culture sur lequel elle s'est développée jusqu'à sa transplantation sur un autre terrain tout aussi bien que le substratum nutritif sur lequel elle est cultivée ultérieurement. Ceci peut être un terrain artificiel de culture tout comme un terrain naturel (inoculation à l'homme ou à l'animal).

On observe des différences notables de croissance, par exemple, dans la culture de formes très caractéristiques de champignons sur des terrains de culture pauvres en eau. Le contenu aqueux du substratum nutritif a une influence sur l'apparition du pigment rouge du trichophyton.

La manière dont se comportent au point de vue biologique les champignons est également très variable. La coagulation du lait ou la liquéfaction de la gélatine consécutivement à la croissance du champignon paraissent dépendre du terrain de culture sur lequel le champignon a poussé jusqu'à ce moment, et en outre du nombre des générations antérieures.

En résumé : la forme de croissance des champignons et leur état biologique sont très instables et dépendent des conditions les plus différentes. Le champignon possède d'une part la propriété de conserver jusque dans les générations les plus éloignées les caractères acquis pendant son développement saprophytique. Mais d'autre part, il s'adapte très rapidement au nouveau terrain de culture et réagit d'une manière très sensible sous l'influence de modifications insignifiantes du substratum nutritif.

La culture d'un seul et même champignon sur des terrains artificiels

de culture peut donc dans certaines circonstances donner dans les générations ultérieures des cultures très différentes qui, si on continue de les cultiver, peuvent en imposer pour des espèces différentes.

Mais, d'autre part, la transformation de culture de divers champignons peut effacer les différences de leur croissance qui, en apparence, auraient justifié une séparation rigoureuse de ces champignons au point que leur similitude de nature en devient évidente.

Histologie de la dermatite papillaire du cuir chevelu (Kaposi).

M. LEDERMANN passe tout d'abord en revue les recherches histologiques faites jusqu'à présent et qui sont tellement différentes qu'il a jugé utile d'examiner de nouveau au point de vue histologique deux cas observés par lui. Il rapporte la variété des résultats donnés par chaque auteur à la différence des phases de développement de cette affection dont provenaient les matériaux de recherche. Dans ses études il a tenu compte de toutes les périodes. Celles du début représentent des infiltrats durs, papuleux, mais non des efflorescences pustuleuses traversées par un poil, comme l'ont dit des auteurs français. A la première période, l'orateur trouve des papules avec épithélium intact, des vaisseaux très dilatés et multipliés qui sont entourés de cellules rondes dans la couche moyenne du derme, tandis que le corps capillaire ne présente que des modifications peu inflammatoires. Tout autour des follicules pileux le tissu conjonctif est traversé de nombreuses cellules rondes, parmi lesquelles beaucoup de *Mastzellen*. Les glandes sébacées et sudoripares ne sont pas altérées. Dans les nodosités volumineuses les infiltrats à petites cellules sont augmentés notablement, ils consistent en cellules rondes à un seul noyau, en cellules fusiformes, épithélioïdes et plasmatiques. Les infiltrats autour des follicules pileux ont aussi augmenté. Le réseau ne serait cependant que peu modifié, traversé seulement de cellules rondes isolées. Dans les couches épithéliales supérieures il existerait parfois un petit foyer purulent. L'infiltration dans les gaines externes de la racine du poil avait en général un peu augmenté, toutefois les *Mastzellen* avaient diminué dans l'infiltrat. Les glandes sébacées seraient légèrement hypertrophiées, sans cependant former le centre de districts d'infiltration. Dans la phase ultérieure on trouverait sur l'épithélium des croûtes sanguino-purulentes, dans le réseau de Malpighi de nombreuses mitoses, le derme présente une infiltration diffuse de cellules rondes, formant par places de petits abcès, qui s'ouvrent aussi à la surface. Latéralement des prolongements du réseau auraient augmenté. Les cheveux, par rapport à l'infiltrat environnant, sont roulés en spirales, cassés, la gaine externe de la racine est le siège d'une infiltration à petites cellules, relachée dans sa partie cellulaire, l'espace médullaire souvent rétréci, parfois même disparu. Dans le voisinage des cheveux il y aurait des amas de cellules géantes souvent à vingt noyaux qui paraissent être sortis de glandes sébacées. Outre ces cellules épithéliales on trouverait encore dans le tissu de granulation des cellules géantes vraies de Langhans d'après le type de cellules géantes tuberculeuses. Ce n'est que dans une période plus avancée que commence la formation de tissu conjonctif jeune, principalement le long des vaisseaux, lequel devient plus tard dur et fibreux. Le derme est à cette période très épaissi.

Dans ces foyers de granulation et au-dessus des fibres de tissu conjonctif on trouve disséminées des cellules éosinophiles en très grand nombre, outre des productions en forme de globes que l'orateur regarde comme des cellules de Goldmann ou des corpuscules de Russel. Elles sont en partie isolées, en partie groupées, soit libres dans le tissu, soit à l'intérieur d'un contour qu'il faut regarder comme le bord d'une cellule. L'orateur a vu également des cellules dégénérées, éosinophiles, hydropiques, pourvues de petits granules nucléaires et d'autres à protoplasma gonflé sans granulations cellulaires, enfin d'autres à segmentation spéciale du plasma en éléments globulaires. Ces dernières productions sont manifestement en connexion avec la formation des corpuscules de Russel. Les fibres élastiques ont presque partout disparu, les follicules pileux sont les uns tirillés dans la profondeur, ou réunis en groupes par compression.

Sur la base de ces données histologiques, que confirment les opinions de Kaposi en opposition à celles des observateurs français et italiens, l'orateur propose de séparer cette affection du groupe des tumeurs infectieuses de granulation établi par Ziegler et de les ranger parmi les granulomes traumatiques. Mais, d'autre part, l'orateur croit à la participation de bactéries pour le développement desquelles le traumatisme ne serait qu'une cause occasionnelle, en raison du caractère progressif des tumeurs. Les toxines de ces bactéries en question déterminent peut-être la formation kélodienne de tissu conjonctif. En ce qui concerne le type clinique et histologique de l'affection l'orateur proposerait le nom de dermatites keloïdeæ nucleæ des Italiens, d'autant plus qu'il ne regarde le caractère papillaire que comme un état accidentel.

M. ULLMANN, qui a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années plusieurs cas cliniquement très caractérisés de cette rare affection et de les étudier au point de vue de l'histologie et de l'étiologie, s'élève tout d'abord contre le fait indiqué par l'orateur précédent que l'altération primaire dans les périodes de début de la maladie, c'est-à-dire dans les petites papules dures, s'observerait sur les vaisseaux et à une époque où l'appareil folliculaire est encore intact. D'après ses préparations qui provenaient de plusieurs malades de ce genre, l'infiltration péri-glandulaire existerait déjà dans les papules les plus petites et les plus récentes, en d'autres termes, il y aurait augmentation du tissu conjonctif, et cela d'une façon tout à fait indépendante des altérations des vaisseaux.

L'apparition en grand nombre de corpuscules éosinophiles, et de corpuscules dits de Russel est très intéressante au point de vue descriptif et nouvelle pour Ullmann, toutefois il ne les regarde pas comme caractéristiques mais tout à fait insignifiants parce que on les a constatés dans d'autres tumeurs.

Quant à la nécessité de changer la division et la dénomination actuelles de cette maladie dans le sens indiqué par l'orateur précédent, il n'en voit pas de motif logique. L'étiologie de cette rare affection, dont l'orateur s'occupe depuis des années serait encore loin d'être élucidée, car les staphylocoques qu'on a toujours trouvés ne pourraient pas expliquer l'induration primaire et la marche chronique de l'affection.

M. TOUTON. — La présence des corpuscules de Russel n'a aucune signi-

fication spécifique dans la dermatite papillaire du cuir chevelu. Si on examine les dessins publiés par l'auteur on croit voir une série ininterrompue depuis les cellules éosinophiles jusqu'aux cellules globuleuses parfaites contenant des corpuscules de Russel. Mais il est indubitable que ces deux sortes d'éléments sont radicalement différents, parce que la coloration par l'éosine donne seule la même réaction, tandis que les autres colorations employées par l'auteur, principalement celles de Weigert, d'Ehrlich-Biondi, de Russel, de Norris-Shakespeare n'ont pas donné la même réaction.

L'orateur profite de l'occasion pour préciser son opinion sur la nature des corpuscules de Russel et leur origine. Ayant trouvé dans les vaisseaux sanguins thrombosés les mêmes éléments dans les mêmes coupes, avec toutes les réactions de couleur semblable il avait dit que ceux situés dans les cellules de tissu, proviennent du sang et en particulier de cette substance homogène des vaisseaux sanguins. Il préfère dire que ces globes existants en deux points différents sont identiques mais peuvent y survenir indépendamment les uns des autres et spontanément.

(A suivre)

A. DOYON.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné vulgaire (Traitement de l'). — C. BÆCK. Oleum physeteris s. chaenoceti, Entenwalöl, als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.*, 1895, t. XXI, p. 228).

Le professeur Guldberg a déjà appelé l'attention sur le très grand pouvoir de pénétration de cette huile. Le professeur C. Bæck signale aujourd'hui la propriété qu'aurait cette huile de faire obstacle jusqu'à un certain point à la vie et au développement des bactéries dans la peau. Il a employé avec succès la formule suivante :

Huile de dauphin.....	12	—
Soufre précipité.....	10	grammes
Oxyde de zinc.....	2	—
Savon médicinal.....	1	—
Camphre	} à 0,30 à 0,50 centigr.	
Acide salicylique.....		

pour onction le soir. Le matin on enlève la pommade avec de l'eau et du savon.

A. DOYON.

Acné rosée. — E. HEUSS. Ueber Behandlung der Rosacea (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1896, p. 33).

Il ne faut pas regarder l'acné rosée comme une maladie sui generis, mais bien comme un symptôme d'affections générales ou locales plus profondes, par suite, le pronostic, en tout ce qui concerne une guérison durable, dépend de la possibilité de reconnaître et de combattre ces causes primaires et les conditions qui les favorisent. Le traitement se divise par conséquent en traitement des causes (plutôt général) et en traitement symptomatique (surtout local).

Relativement aux causes, il faut tenir compte des maladies des voies digestives, de l'appareil génito-urinaire, du cœur et des poumons, l'anémie et la chlorose, les maladies des cavités naso-pharyngiennes; celles dues aux influences nocives externes provenant de l'alimentation, des vêtements, de la profession, etc. Ce n'est qu'en combattant ces causes qu'on peut espérer une guérison durable, en instituant en même temps un traitement local.

Dans le traitement local, il y a lieu, abstraction faite de l'intensité plus ou moins grande de l'acné rosée, de distinguer une variété indolente qui survient de préférence chez les sujets séborrhéiques et une variété éréthique. Cette dernière forme est particulièrement rebelle.

Les lésions de date encore récente, non hypertrophiques, cèdent d'ordinaire à un traitement médicamenteux thermique (applications chaudes, pommades et pâtes sulfureuses, résorcinées, etc., ensuite compresses d'argile médicamenteuse).

Dans l'acné chronique, non compliquée d'hypertrophie considérable du tissu conjonctif et glandulaire, on obtient souvent des résultats remarquables avec la méthode de desquamation (Unna, Lassar).

Les ectasies vasculaires, toutes les formes très hypertrophiques (rhinophyma) réclament un traitement chirurgical (scarifications, excisions, décortication), en connexion avec une médication thermique médicamenteuse. Il faut continuer le traitement médicamenteux pendant encore longtemps après la disparition des symptômes. Le traitement mécanique (massage) et électrolytique ne paraît pas avoir d'avantages appréciables.

Il y a certainement des cas fréquents d'acné rosée qui, même si on remplit soigneusement toutes les conditions indiqués ci-dessus, résistent même avec le meilleur traitement local à toute tentative de guérison. Mais d'autres cas, après avoir résisté à tout effort médical, guérissent spontanément en un court laps de temps, sans qu'il soit possible d'en découvrir une raison même vraisemblable. Et cependant de semblables insuccès ne doivent pas nous détourner de travailler au perfectionnement du traitement de cette maladie et d'enlever ainsi de plus en plus tout point d'appui au charlatanisme dont la cosmétique constitue le terrain de réclame. Le traitement de l'acné rosée fait partie d'un des problèmes les plus difficiles, mais aussi les plus intéressants de la dermothérapie. A. DOYON.

Eczéma chronique. — STOUKOWENKOFF. Du rapport de l'eczéma chronique avec l'anesthésie de la peau (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai 1895, p. 164).

L'auteur, dans le but d'élucider la question de l'origine nerveuse de l'eczéma, a fait rechercher par Nikolski l'état de la sensibilité chez les sujets atteints d'eczéma.

Il rapporte sommairement, avec schémas de la sensibilité, les observations de 12 malades, atteints d'eczéma ordinairement symétrique et occupant les mains dans la plupart des cas.

L'anesthésie dans ces cas a été le plus souvent régionale, occupant des membres ou des segments de membre, parfois aussi unilatérale; elle portait le plus souvent sur la sensibilité à la douleur, rarement sur toutes les espèces de sensibilité; son intensité était variable.

Elle se rapprochait plus de l'anesthésie hystérique que de celle de la syringomyélie, et dans 4 cas le diagnostic d'hystérie était absolument indubitable, étant donnés la marche de l'anesthésie, la distribution et les autres symptômes de l'hystérie.

Stoukownikoff pense que dans ces cas l'eczéma n'était pas une coïncidence fortuite avec l'hystérie, mais qu'il était un symptôme même de l'hystérie. Dans quelques-unes de ces observations, il a vu les variations de l'eczéma marcher de pair avec celles des manifestations hystériques, et disparaître en même temps que l'hystérie. Les irritations extérieures

n'ont, pour lui, qu'une importance secondaire, équivalente à celle qu'on leur accorde dans les autres manifestations de l'hystérie.

GEORGES THIBIERGE.

Eczéma marginé et eczéma séborrhéique. — E. WETZEL. *Eczema marginatum and eczema seborrhoicum (Journal of cutaneous and genito-urinary dis., septembre 1895, p. 372).*

Bon nombre d'auteurs confondent l'eczéma marginé avec l'eczéma séborrhéique et l'on ne sait pas encore exactement comment classer ces deux dermatoses.

L'eczéma marginé se montre surtout aux parties génitales, d'où il peut s'étendre aux régions voisines. Il est constitué par des placards grands comme la paume de la main ou plus étendus, dont les bords sont rouges, vésiculo-papuleux et recouverts de croûtes jaunes brunâtre, tandis que la partie centrale est brune et croûteuse.

L'éruption est prurigineuse, aussi Hebra considère-t-il la maladie comme un eczéma, quoique son aspect circiné fasse plutôt penser à une affection parasitaire.

Kœbner, Pick et Kaposi ont découvert dans les squames d'eczéma marginé un parasite analogue au trichophyton, aussi pensent-ils que cette dermatose se rapproche de la teigne tonsurante. Mais, en raison des différences qui existent entre la trichophytie et l'eczéma marginé, Pick et Kaposi ont supposé que ce dernier doit être considéré comme une trichophytie compliquée d'eczéma. L'eczéma marginé a pour première condition étiologique la macération de l'épiderme par la sueur sur les parties qui sont en contact comme les plis génito-cruraux. Il en résulte d'abord de l'intertrigo, puis l'eczéma marginé apparaît ensuite.

Le traitement est assez difficile par suite de la situation profonde du parasite.

On doit d'abord employer les diverses méthodes thérapeutiques antitrichophytiques. Pommades à la chrysarobine, badigeonnages avec les solutions alcooliques de naphthol, de sublimé, avec la teinture d'iode, etc. Si l'affection se montre rebelle, on usera de la potasse et des solutions d'acide acétique.

L'eczéma séborrhéique commence, en général, au front ou à l'occiput, puis il s'étend à la région présternale ou à l'espace intercapsulaire qui représentent le siège d'élection de la dermatose.

L'éruption est constituée par des plaques jaunâtres dont le centre paraît déprimé relativement à la périphérie. La bordure nettement délimitée et circinée est constituée par de petites papules rosées.

Ces lésions sont isolées et progressent excentriquement ou se confondent les unes avec les autres, de façon à former des placards à rebords géographiques.

Certains auteurs considèrent l'eczéma séborrhéique comme une variété d'eczéma, d'autres en font une affection parasitaire et pensent que l'agent causal ne diffère pas de celui de l'eczéma marginé du pubis et des cuisses. Les variations dans l'aspect de ces deux affections tiendraient seulement

aux qualités différentes de la peau des régions où le parasite se développe.

Besnier regarde l'eczéma séborrhéique comme une variété non parasitaire d'eczéma, réservant seulement le nom d'eczéma marginé aux formes parasitaires. Certains dermatologistes prétendent avoir trouvé dans les squames des filaments mycéliens et des spores analogues à ceux du trichophyton, mais plus petits.

Enfin, Fournier considère l'affection comme parasitaire en raison de ses caractères cliniques.

L'eczéma séborrhéique se distingue facilement de l'eczéma ordinaire par son siège d'élection, par ses rebords nettement délimités, par sa marche, par sa guérison rapide à la suite du traitement approprié.

Le traitement consiste surtout en soins de propreté, car l'affection est fréquente chez les enfants qui portent de la flanelle et ne la changent que rarement. L'accumulation de sueur et de matière sébacée dans le vêtement de flanelle constitue alors une excellente condition pour le développement des parasites. Cette particularité est encore en faveur de l'origine parasitaire de l'eczéma séborrhéique.

Le traitement qui donne le plus de succès est celui des affections parasitaires : savonnages, pommades soufrées, etc., traitement qui amène au contraire, des poussées aiguës dans le cas d'eczéma ordinaire.

Il est inutile de faire remarquer combien les opinions de l'auteur, relativement à l'intervention d'un parasite *trichophytique* dans l'eczéma marginé, s'écartent des nôtres, et combien les faits que nous observons journellement justifient peu cette manière de voir.

R. S.

Éruptions médicamenteuses (bromures). — Two cases of an unusual papulo-pustular and fungoid Bromide of potassium eruption in babies (*Medical Record*, novembre 1895, p. 622).

L'auteur donne en détail l'histoire de deux enfants atteints d'éruptions papulo-pustuleuses consécutivement à l'emploi du bromure de potassium.

Dans le premier cas il s'agit d'une petite fille de 9 mois, bien portante ordinairement mais ayant eu une bronchite et une angine. Tout d'abord on essaya chez elle le sirop d'iodure de fer à faibles doses, et l'emploi de ce médicament donna lieu, au bout de quelques jours, à une éruption du type érythémateux et très étendue. Ensuite on prescrivit le bromure de potassium à doses très élevées puisque l'auteur a calculé que l'enfant a pris près de 2 gr. de bromure par jour pendant deux mois environ.

Aussitôt après l'administration de ce médicament des lésions papulo-papuleuses se montrèrent un nombre assez considérable sur les bras, les jambes et le tronc et aussi quoique moins abondamment, sur leur face.

A leur rupture les pustules donnèrent lieu à la formation de croûtes jaunes recouvrant des surfaces fongueuses.

L'éruption ne parut pas très prurigineuse et n'altéra pas sensiblement la santé générale.

La suppression du bromure de potassium et l'usage à l'extérieur d'une pommade faiblement ichthyolée amenèrent la guérison dans l'espace d'un mois et demi environ.

Le second cas est celui d'un garçon de 6 ans auquel on administra, à l'occasion d'une légère bronchite, du bromure à la dose de 10 à 15 centigr. à peu près par jour pendant quatre à six jours. Presque aussitôt il présenta une éruption papulo-pustuleuse généralisée tout à fait semblable à celle de l'observation précédente et dans laquelle les lésions prirent le même caractère fongueux après rupture des pustules.

En quinze jours, après cessation du bromure et usage de pommade à l'ichtyol, la guérison fut complète.

L'auteur fait remarquer dans le premier cas l'éruption érythémateuse observée à la suite de l'usage de l'iodure de fer, fait assez rare. Ensuite il insiste sur cet autre fait que les éruptions papulo-pustuleuses du premier et du second cas étaient bien dues au bromure ainsi que le prouvent leur début avec le commencement de cette médication, leur persistance pendant toute sa durée et leur cessation dès la suppression du médicament.

Il rappelle que nous n'avons pas de théorie satisfaisante pour expliquer la pathogénie de ces éruptions.

Enfin au point de vue du type clinique il fait remarquer que les deux cas qu'il rapporte sont rares car les éruptions consécutives à l'emploi des bromures revêtent le plus souvent la forme furonculaire, plus rarement l'aspect d'érythèmes, d'éruptions maculeuses, exceptionnellement enfin la forme de lésions bulleuses.

R. S.

— GEORGES THOMAS-JACKSON. Two cases of bromide eruption (*Journal of cutan. and gentio-urin. dis.*, novembre 1895, p. 462).

L'auteur a observé deux cas d'éruptions consécutives à l'usage du bromure de potassium.

Le premier est relatif à une jeune femme de 19 ans qui prit pendant plusieurs semaines 1 à 2 gr. de bromure par jour.

Peu après la cessation du médicament apparut sur le front une éruption pustuleuse, qui s'étendit rapidement au tronc puis aux bras et aux cuisses.

Le point intéressant de cette observation consiste en ce fait que les éléments éruptifs n'apparurent qu'après la cessation du bromure, particularité déjà notée par Crocker.

Le second cas est classique, c'est un enfant chez lequel le bromure déterminait une éruption pustuleuse discrète, plus marquée à la face et aux extrémités, l'apparition se fit comme dans la première observation après cessation du médicament.

R. S.

Éruptions médicamenteuses (iodoforme). — G. ETIENNE et L. PILON.

Exanthèmes iodoformiques rares (*Revue médicale de l'Est*, 1^{er} juin 1895, p. 339).

Les auteurs rapportent deux cas d'éruptions iodoformiques dues à l'action générale du médicament et non à l'action locale, comme cela se voit dans la plupart des cas.

Dans l'une, à la suite de l'administration de pilules d'iodoforme pour

une bronchite tuberculeuse, il survint, au bout de huit jours, de petites taches purpuriques sur la cuisse droite puis sur le côté gauche de l'abdomen, ayant tout l'aspect des lésions du purpura iodique.

Dans l'autre, douze jours après une injection de 10 gr. d'éther iodoformé à 5 p. 100 dans la cavité d'un abcès tuberculeux du fémur, survint subitement un érythème très sombre, uniforme, occupant tout le thorax, l'abdomen, les cuisses, les fesses, sans suintement, mais avec quelques petites squames très fines, sèches et pulvérulentes.

GEORGES THIBIERGE.

Éruptions arsenicales. — M. JULIANO MOREIRA. Arsenical affections of the skin (*The Brit. Journ. of Dermat.*, décembre 1895, p. 378).

L'auteur a observé plusieurs éruptions dues très nettement à l'administration d'arsenic.

Dans une famille le père, la mère, un enfant et un élève du père, furent empoisonnés accidentellement par de l'arsenic (mort-au-rat à base d'acide arsénieux). En outre des accidents de l'empoisonnement aigu, ils eurent chacun ultérieurement des lésions cutanées. Le père, quatre jours après, fut couvert d'un érythème universel fortement prurigineux. L'éruption n'était point surélevée, ni dure au toucher, et disparaissait à la pression. On distinguait sur les doigts et au cou de petites papules grosses comme une tête d'épingle. Onze jours après l'intoxication, les surfaces palmaires et plantaires, présentaient un épaissement considérable de l'épiderme s'étendant jusqu'à l'extrémité des phalanges, avec intégrité des ongles. Des éléments cornés siégeaient aux orifices sudoripares. Quelques jours après, survint une pigmentation anormale donnant à la peau un aspect sale, brunâtre, non lavé, avec une fine desquamation.

Chez la mère, cinq jours après l'empoisonnement, la peau était le siège d'un rash accompagné de petits furoncles. Dix jours après l'apparition du rash, au cou, à la poitrine, aux mains, aux jambes, à l'abdomen, on notait une pigmentation brunâtre. L'orifice des glandes sudoripares était le siège de petites concrétions dures et sèches. Un érythème violent existait aux régions plantaires et palmaires et quelques jours après la rougeur se résolut en squames épaisses et abondantes.

L'enfant, âgé de 3 ans, huit jours après l'empoisonnement, eut une éruption de petites pustules. Celles-ci devinrent croûteuses ou légèrement ulcéreuses, et, quinze jours après, la peau devint brunâtre et prurigineuse.

L'élève âgé de 12 ans, eut une éruption de pustules qui évolua exactement comme chez le petit enfant.

Dans une toute autre observation, celle d'un sujet de 20 ans, des gouttes de Fowler, prescrites pour une blépharite rebelle, déterminèrent l'apparition d'une éruption érythémato-papuleuse, sur le cou, la partie supérieure du tronc et des quatre membres. Il y eut du prurit et une desquamation consécutive.

Dans les mêmes conditions un homme de 35 ans eut une éruption rougeoliforme; avec épaissement des régions plantaires et palmaires. Sur les faces dorsales des phalanges apparurent des excroissances d'aspect verruqueux et une légère pigmentation.

Chez un homme de 29 ans, des granules de Boudin (5 chaque jour pendant seize jours) déterminèrent une éruption bulleuse aiguë au cou, au thorax, sur l'abdomen, aux mains et aux jambes. Quelques bulles étaient considérables, offrant les dimensions d'un œuf d'oie. Le prurit très violent entretenait une insomnie rebelle.

Enfin, la dernière observation rapportée par l'auteur concerne un homme âgé de 40 ans, décorateur, qui prit des gouttes de Fowler pour traiter un psoriasis. Dès les premiers jours, il eut au côté gauche un zona cervical et sous-claviculaire, et fut atteint de fortes douleurs névralgiques. On continua l'arsenic et trois mois après, d'abord la paume de la main gauche, puis celle de la main droite, furent le siège de placards épais et cornés.

L'auteur résume son travail en faisant remarquer à quel point ces diverses éruptions arsenicales, ont varié d'aspect. Les localisations par contre, ont presque toujours été les mêmes. Le prurit s'est aussi montré à peu près constant.

LOUIS WICKHAM.

Éruption hystérique. — C. PINETTA. *Ecchimosi spontanea delle orecchie in una isterica (Riforma medica, 26 septembre 1895, p. 870).*

Jeune fille de 18 ans, atteinte depuis un an d'accès convulsifs hystériques; un matin, en se levant, elle présente une coloration rouge bleuâtre de toute l'étendue des deux pavillons des oreilles, avec légère tuméfaction, survenue sans cause appréciable et sans autre phénomène prémonitoire qu'une légère sensation de chaleur pendant quelques jours; cette coloration s'accompagna de desquamation et avait disparu complètement au bout de huit jours.

GEORGES THIBIERGE.

Éruptions hystériques. — VEUILLLOT. Un cas de gangrène cutanée d'origine ~~sypilitique~~ (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, septembre 1895, p. 288*).

Homme de 20 ans, alcoolique, sujet à des cauchemars, n'ayant jamais eu d'attaques convulsives, mais ayant de fréquents étourdissements. Porte sur la cuisse gauche une ulcération ovalaire, mesurant 6 centim. de haut sur 3 centim. et demi de large, superficielle, peu granuleuse, atone, à bords légèrement soulevés, durs, non décollés, ressemblant à ceux des vieux ulcères variqueux; œdème blanc et dur des parties voisines de la cuisse; à la partie antérieure du genou, trois éléments ayant en moyenne la dimension d'une lentille, papuleux, légèrement surélevés, reposant sur une peau saine, avec un rebord périphérique nettement délimité, et un point central déprimé, ombiliqué, sec, de couleur gris-noirâtre. Le malade ignore la date d'apparition de ces trois éléments, mais se souvient que l'ulcération a été précédée d'un « bouton » semblable. Grandes zones d'anesthésie sur la cuisse où siège l'ulcération et sur différents points du tronc; anesthésie bucco-pharyngienne complète, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie.

On donne des pilules de rhubarbe et une solution de sel marin (traite-

ment psychique) et on place sur les lésions un verre de montre maintenu par un appareil plâtré fenêtré à son niveau. Réduction rapide de la dimension de l'ulcération, en même temps que les papules se flétrissent. Le malade étant sorti avant cicatrisation complète, l'ulcération reparait et est de nouveau soumise au même traitement, qui amène sa guérison complète.

GEORGES THIBIERGE.

Éruptions dans les oreillons. — G. MORARD. Deux cas d'oreillons avec éruption (*Nouveau Montpellier médical*, 1^{er} juin 1895, p. 437).

Dans les deux cas, il s'agit d'oreillons chez de jeunes soldats, au troisième jour desquels s'est développée une éruption rubéoliforme apyrique, limitée aux membres et au tronc.

GEORGES THIBIERGE.

Éruptions dans la sérothérapie. — E. MARAGLIANO. Gli accidenti cutanei che si possono avere nella sieroterapia della tubercolosi (*Riforma medica*, 13 décembre 1895, p. 746).

On peut observer, à la suite des injections de sérum antituberculeux de Maragliano, des érythèmes fugaces, des éruptions d'urticaire, des inflammations du tissu conjonctif sous-cutané caractérisées par une tuméfaction douloureuse avec rougeur du tégument. L'auteur fait remarquer que ces accidents se rencontrent à la suite de toutes les injections de sérum, que celui-ci renferme ou non des toxines médicamenteuses; certains sujets semblent y être plus spécialement prédisposés que d'autres. En tous cas, ils n'ont par eux-mêmes aucune gravité et aucune importance.

GEORGES THIBIERGE.

Érythème noueux. — L. PHILIPPSON. Contributo allo studio dell'eritema nodoso (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1895, p. 384).

Philippson fait remarquer que les dimensions des éléments de l'érythème noueux, leur extension au tissu cellulaire sous-cutané, leur consistance, la rougeur, la chaleur et la douleur qui les accompagnent, la possibilité d'hémorrhagies et la longue durée des lésions ne concordent pas avec l'idée d'une dermato-neurose et semblent indiquer un processus d'ordre plus élevé.

Les examens histologiques qu'il a pratiqués dans trois cas lui ont fait constater des lésions de nature manifestement inflammatoire: infiltration leucocytaire d'autant plus abondante que les lésions sont plus avancées; exsudat de liquide d'abord simplement albumineux, puis plus tard fibrineux avec réseau de fibrine au voisinage et à distance des vaisseaux dans un cas, mastzellen au milieu de leucocytes; et légère extravasation de globules rouges. En outre, dans un cas, il y avait des lésions de phlébite simple (épaississement de la couche endothéliale des grosses et des petites veines) avec hémorrhagies par rupture veineuse. Jamais il n'a pu mettre en évidence la présence de microbes dans les lésions.

L'auteur conclut que la théorie de l'angioneurose est complètement insuffisante pour expliquer le développement de l'érythème noueux.

GEORGES THIBIERGE.

— ROCHON. Érythème noueux et tuberculose (*Médecine moderne*, 9 novembre 1895, p. 691).

L'auteur rapporte une observation d'érythème noueux chez un enfant de 18 mois qui succomba 15 jours plus tard à une méningite (tuberculeuse ?); il en rapproche cinq cas d'érythème noueux suivi de tuberculose, recueillis dans les auteurs. Il fait remarquer que, dans le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, on n'observe pas l'érythème noueux; qu'on ne le rencontre pas chez les sujets déjà tuberculeux. Par contre, il prépare le terrain aux affections tuberculeuses, surtout chez les enfants et les sujets jeunes, et la tuberculose dont il est suivi affecte toujours une marche rapide et atteint souvent les méninges.

GEORGES THIBIERGE.

Érysipèle, traitement par l'ichtyol. — VISCHPOLSKY. Traitement de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu par des applications d'ichtyol (*Journal russe de méd. militaire*, mai 1895).

L'auteur employait l'ichtyol additionné d'une graisse quelconque (1 gramme d'ichtyol pour 8 de graisse); si la fièvre ne céda pas, on augmentait la proportion d'ichtyol (2 à 3 grammes pour 8). Pour pouvoir juger de l'action de cette substance, l'auteur étudiait chez les mêmes malades l'action des antithermiques et de la vaseline simple. Cette dernière restait absolument sans aucune influence; lorsque, au bout de trois à cinq jours, la température ne diminuait pas, on appliquait la pommade ichtyolée qui amenait, souvent le jour même, l'abaissement de la température et une amélioration de l'état général. La guérison survenait au bout de trois à six jours. Avec l'emploi des antithermiques l'érysipèle continuait à s'étendre; dès qu'à l'emploi de l'antipyrine ou de la phénacétine on ajoutait les badigeonnages d'ichtyol, la guérison survenait très rapidement. En se basant sur ces faits, M. Vischpolsky conclut que l'ichtyol peut être considéré comme agent spécifique contre l'érysipèle. S. Броѡо.

Ichtyose. — CH. AUDRY. Sur les formes atrophiantes de l'ichtyose et leur histologie (*Mercure médical*, 15 mai 1895, p. 229).

L'auteur rapporte un cas d'ichtyose atrophiante chez une femme âgée. A l'examen histologique, il a constaté la disparition de l'éléidine, laquelle est normale et surtout hypertrophiée dans l'ichtyose vulgaire; le derme ne présentait pas les lésions habituelles de la dégénérescence sénile; au lieu du développement extraordinaire qu'on rencontre habituellement chez le vieillard, le tissu élastique était normal, peut-être un peu plus grêle; le derme était atrophie dans son tissu connectif. Il conclut que l'ichtyose est une atrophie totale de la peau.

GEORGES THIBIERGE.

Ichtyose. — JOHN CABOT. A case of ichthyosis congenita with some unusual features (with an illustration). *Medical Record*, 6 juin 1895, p. 10)

L'enfant dont il s'agit est mort 16 mois, après sa naissance. Il était né à 7 mois, de mère bien portante, ayant eu deux couches antérieures normales : deux enfants bien portants de 5 et 7 ans. L'accouchement prématuré semble avoir été dû à une hydramnios très accusée.

L'enfant dès sa naissance présentait des malformations nombreuses : rougeur et atrésie des paupières, ectropion, imperforation des narines.

A noter également l'absence totale de vernix caseosa, l'absence de cheveux. La peau du visage était dure, mince, de couleur mate, craquelée aux commissures, ridée et sèche.

L'enfant d'abord considéré comme condamné, prenant mal le sein, nourri à la cuiller, parut après quelques semaines en meilleur état. Puis la desquamation écailleuse du tégument devint intense ; des phénomènes généraux, de la diarrhée, de la fièvre survinrent ; l'enfant mourut au bout de seize mois avec des symptômes de bronchite et d'infection générale, 2 mois après son entrée à l'hôpital.

R. SABOURAUD.

Ichtyose lamellaire. — A. CARINI. Di una forma attenuata della cosiddetta « ittiosi sebacea » (ittiosi lamellare) (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, mars 1895, p. 82).

Enfant de 28 mois, né de parents bien portants ; pendant qu'il était nourri au lait condensé, des squames se développèrent sur tout (?) le corps, se détachant facilement dans le bain ou sous la moindre traction. Actuellement, l'enfant bien conformé, mais porteur d'adénites cervicales, a la tête recouverte de larges lamelles mesurant 7 à 8 centimètres sur 4, se détachant facilement en laissant la peau intacte et en entraînant des poils ; sur l'abdomen, la peau est sèche et recouverte de petites lamelles semblables à des pellicules de collodion, très minces, jaune sale, disposées comme une mosaïque, moins larges que celles du crâne et se détachant facilement ; lésions semblables sur les flancs et les lombes ; le reste de la surface cutanée ne présente aucune lésion. A l'examen microscopique, les lamelles sont formées de *cellules cornées, non nucléées*, sans graisse.

L'auteur rapproche ce cas de l'ichtyose en raison de l'époque de son développement, de sa marche, de l'absence de lésions inflammatoires apparentes du derme et de l'absence de phénomènes subjectifs, mais il se refuse, en raison des caractères microscopiques des squames, à en faire une lésion d'origine sébacée et propose la dénomination d'ichtyose lamellaire.

GEORGES THIBERGE.

Hyperkératose. — E. RESPIGHI. Sull' ipercheratosi eccentrica (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, mars 1895, p. 69).

L'auteur rapporte une nouvelle observation, avec examen histologique, de la forme d'hyperkératose qu'il a décrite (Voir *Annales de dermatologie*,

1894, p. 113); ce cas a trait à un homme de 66 ans, originaire de Lucques et est identique à ceux que l'auteur a publiés précédemment. A noter les recherches bactériologiques, d'ailleurs infructueuses, entreprises à ce propos. Respighi n'accepte pas l'opinion, soutenue par Tommasoli, d'après laquelle l'affection serait une forme de lichen; il préfère la dénomination d'hyperkératose ou de kératodermie excentrique à celle de porakératose proposée par Mibelli et qui a, d'après lui, l'inconvénient de ne pas éveiller l'idée d'une maladie spéciale mais seulement d'une lésion.

Mibelli dans le numéro suivant du même journal (juin, p. 136) répond à cette partie du mémoire de Respighi pour maintenir la légitimité de la dénomination qu'il a employée.

GEORGES THIBERGÉ.

Kératose pileaire. — S. GIOVANNINI. Contribuzione allo studio istologico della cheratosi pilare (*Lo Sperimentale. Sezione clinica*, 1^{er} décembre 1895, p. 661).

Les recherches de Giovannini ont porté sur douze fragments de peau enlevés sur le vivant à la partie postérieure des bras ou à la face antéro-externe de la cuisse, ou aux jambes, dans des cas de kératose pileaire blanche, rouge ou mixte.

Les quatre cinquièmes environ des follicules examinés renfermaient des poils dépourvus de bulbe et près des deux tiers de ces follicules ne montraient aucun indice de la production d'un nouveau poil; les poils entiers renfermaient moins de mitoses qu'à l'état normal. Au niveau de l'infundibulum des follicules, les cellules de la couche de Malpighi étaient réduits à un petit nombre de couches, renfermaient un petit noyau et un protoplasma rare et se cornéifiaient rapidement. Dans les follicules renfermant des poils privés de bulbe, la cornéification s'étendait presque constamment à la gaine radiculaire externe, ordinairement jusqu'à l'insertion des muscles érecteurs; dans ces couches on ne trouvait pas de mitoses.

Dans les follicules, on ne trouve le plus souvent qu'un poil de mue, ou un poil de mue accompagnant un poil entier; dans l'infundibulum commun à plusieurs poils on trouve parfois jusqu'à trois et quatre poils de mue.

Les poils tantôt conservent leur direction particulière et rectiligne, tantôt sont repliés ou contournés à leur extrémité, plus rarement enroulés en spirale.

Les follicules ne s'ouvrent pas toujours librement à la surface et il n'est pas rare de trouver deux ou trois follicules débouchant dans un infundibulum commun, ce qui peut expliquer l'incurvation des poils correspondants.

Dans les follicules dépourvus de poils, la papille est très petite, ou fait complètement défaut; souvent la partie du follicule sous-jacent aux muscles érecteurs est atrophiée ou complètement disparue; les vaisseaux qui s'y rendent sont également réduits de nombre ou absents.

Dans les follicules renfermant des poils privés de bulbe, la dépression de la paroi folliculaire du côté de l'insertion des muscles érecteurs est parfois augmentée de profondeur et à ce niveau l'épithélium peut présenter des foyers de nécrose.

Parfois les follicules sont réduits à une dépression superficielle du derme recouverte de l'épiderme commun, ou bien il n'en reste plus d'autre trace que leur partie inférieure dont les reliquats sont situés entre les lamelles de la couche cornée ou au milieu du derme ; quelques follicules ont complètement disparu.

Il n'y a pas de lésion importante des muscles érecteurs.

Souvent il n'y a aucune trace de lésion des vaisseaux, ou tout au plus une dilatation plus ou moins notable des vaisseaux de la partie supérieure des follicules ou du réseau superficiel du derme. Dans les autres cas, il y a des traces manifestes d'inflammation ordinairement légère et occupant le plus souvent la partie du follicule sus-jacente aux muscles érecteurs.

Dans les trois cinquièmes des cas, il n'y avait pas trace de glandes sébacées ; dans les autres, elles étaient plus ou moins atrophiées et parfois réduites à deux ou trois cellules sébacées renfermées dans la gaine radulaire externe.

Pas de lésions des glandes sudoripares, de l'épiderme et du tissu conjonctif du derme.

GEORGES THIBIERGE.

Leucoplasie buccale. ED. SCHIFF. — Ueber Leukoplakia buccalis (tirage à part de la *Wien. klin. Rundschau*, 1895).

L'auteur commence par rappeler la définition précise donnée par Schwimmer de cette affection que l'on confond encore souvent avec la syphilis de la muqueuse buccale. Il existe deux formes principales de leucoplasie. La première est caractérisée par des taches blanc bleuâtre ou blanc grisâtre, presque blanc argent, nettement entourées par la muqueuse saine souvent traversée par des traînées, la surface est quelquefois rugueuse, parfois aussi lisse.

La deuxième est constituée par des colorations blanchâtres étendues, qui sont séparées de la muqueuse saine par des lignes rouges, en quelques points épaissies et même par place (partie rouge des lèvres) comme kératinisées.

Ces deux formes ne représentent que des phases différentes d'un seul et même processus pathologique. La maladie débute en général par des taches rouge foncé, dépouillées de leur revêtement épithélial, mais souvent recouvertes d'une couche mince d'épithélium, et par des papilles tuméfiées. Ces taches rouges se transforment toujours en plaques blanches. Cette période érythémateuse est d'ordinaire de courte durée. Ces taches blanches se réunissent ensuite pour former des plaques ou des traînées irrégulières, dont l'épithélium s'épaissit plus tard. On peut alors apercevoir sur ces masses épithéliales de fines traînées qui les divisent en compartiments polygonaux. Cette particularité qui est principalement prononcée sur la muqueuse linguale a été sans doute la raison pour laquelle on a désigné cet état de la muqueuse, sous le nom d'ichthyose de la langue. Les traînées constituent un des symptômes les plus importants de la leucoplasie, car elles sont l'expression d'une séparation de continuité des amas épithéliaux. Les rhagades occasionnent des douleurs et sont le point de départ d'érosions, d'ulcères et d'autres formations pathologiques.

Comme dans toutes les altérations de tissu, la leucoplasie peut conserver pendant toute sa durée le caractère bénin (leucoplasie bénigne). D'autrefois sous l'influence de causes multiples, il se produit une prolifération épithéliale considérable qui est l'origine d'une néoformation. On voit en effet dans un certain nombre de cas la leucoplasie prendre un caractère malin, cancéreux.

Le traitement habituel de la leucoplasie consiste dans l'emploi du nitrate d'argent, du sublimé, de l'acide chromique, etc., ou dans des cautérisations énergiques avec le Paquelin. Winternitz a récemment recommandé des lavages de la bouche avec une infusion de baies de myrtille.

On a conseillé une solution alcoolique concentrée de résorcine (Unna), la pâte de résorcine (Leistikow). La résorcine déterminerait une rétraction des masses opalines. Des badigeonnages avec le baume du Pérou sont le moyen le plus rapide et le meilleur pour combattre l'hyperhémie provoquée par les préparations résorcinées. Il est essentiel de s'abstenir de condiments, de tabac, et d'employer des lavages avec la menthe poivrée boriquée.

A. DOYON.

Lupus. — PETRINI. Quelques mots sur la pathogénie du lupus vulgaire et sur certaines formes lentes de cette affection (*Presse médicale roumaine*, 25 février 1895, p. 70).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme atteinte de lupus dont la fille a eu une coxalgie, et les observations d'un frère et d'une sœur atteints de lupus ; chez cette dernière malade, l'affection avait évolué avec une très grande lenteur. Petrini conclut de ces faits que dans certains cas il faut invoquer, pour expliquer le développement du lupus, plutôt l'hérédité, la voie sanguine que l'infection par la voie externe et que dans certaines familles la tuberculeuse tégumentaire est très atténuée, qu'il y a un lupus vulgaire familial.

GEORGES THIBIERGE.

Lupus. — PETRINI. Lupus tuberculeux et syphilides cutanées à petites papules (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1895, 1^{er} fascicule).

Homme de 22 ans, atteint de lupus de la face et de la fesse, de gommescrofulo-tuberculeuses de la joue et de la cuisse ; chancre du frein il y a trois mois ; syphilide papuleuse généralisée à petits éléments confluents, remarquable par l'uniformité d'aspect de ces éléments. L'auteur pense que l'existence du lupus a pu favoriser l'éclosion rapide et la confluence des manifestations syphilitiques.

GEORGES THIBIERGE.

Lupus. — PARDO REGIDOR. Lupus papilomatoso en el dorso de la mano derecha (*Revista de med. y cir. practicas*. Madrid, 1895, p. 398).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, dont le fils était atteint de tuberculose pulmonaire. Elle le soignait et elle lavait notamment les mouchoirs dans

lesquels crachait le malade. Survint une excoriation sur le point de la main qui frotte un objet qu'on lave c'est-à-dire à la partie dorsale du premier métacarpien. Peu de temps après une petite croûte apparaît sur cette érosion, puis développement en seize mois d'une tuberculose verruqueuse typique. On y trouve le bacille de Koch. Comme traitement, raclage profond, puis cautérisations au galvano-cautère. Cicatrisation rapide et guérison.

Du même auteur, un deuxième cas publié sous le titre de *lupus tuberculeux gommeux de la main*, en forme de *rupia* (*lupus rupioïde*), *id.*, p. 357.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans. Il raconte qu'à l'âge de 10 ans, il se piqua à une épine. Quinze ou vingt jours après, un bouton apparaît qui augmente, s'ulcère, donnant issue à un mélange de pus et de sang et malgré de nombreux traitements suivis pendant plusieurs années, ne guérit pas. Extension de la lésion à la plus grande partie du dos de la main : infiltration profonde; production de petites gommages tuberculeuses. Diagnostic de *lupus tuberculo-gommeux*, confirmé par la présence du bacille de Koch.

PAUL RAYMOND.

Lupus (traitement du). — COMAS. Las escarificaciones y el termocauterio en el tratamiento de lupus (*Revista de la Academia med. y cir. Compostelana*).

A signaler dans cet article parmi les procédés d'anesthésie et à côté des injections de cocaïne, du chlorure de méthyle ou des pulvérisations d'éther, ce petit procédé peu connu qui serait très efficace et qui consiste à distendre fortement la peau sur laquelle va porter la scarification. Comme pansement consécutif, l'auteur recommande l'aristol en poudre ou en pommade.

PAUL RAYMOND.

Maladie de Paget. — F. GRANDI. Su di un caso di malattia del Paget (*Riforma medica*, 23 juillet 1895, p. 238).

Femme de 50 ans, ayant eu il y a cinq ans au mamelon gauche un point hémorragique avec sensation de brûlure, puis une excoriation avec écoulement purulent et jaunâtre occupant le mamelon et l'aréole et s'accompagnant toujours de sensation de brûlure. Le mamelon est un peu déprimé, séparé de l'aréole par un petit sillon qui donne une sécrétion purulente et est recouvert de nombreuses saillies d'apparence papillaire, très rouges; l'aréole présente le même aspect granuleux; à la limite des parties saines, il y a un léger bourrelet, un peu plus consistant; pas d'engorgement de la glande mammaire; ganglions un peu volumineux dans les deux aines et les deux aisselles; dans l'aisselle gauche, au-dessous du grand pectoral un petit ganglion du volume d'une noix, dur et mobile.

GEORGES THIBIERGE.

Mal perforant. — CHIPAULT. Traitement des maux perforants par l'élongation des nerfs plantaires (*Presse médicale*, 11 septembre 1895, p. 353).

L'auteur a traité par l'élongation des nerfs plantaires, opération dont il

donne le manuel opératoire, 5 cas de mal perforant d'origine médullaire et par névrite périphérique. Chez les cinq malades l'opération n'a nécessité qu'un court repos au lit, les maux perforants se sont rapidement cicatrisés et n'avaient pas récidivé au bout de plusieurs mois, quoique les malades aient repris une existence active.

GEORGES THIBIERGE.

Muscles striés de la peau. — L. HEITZMANN. Bau und Entwicklungsgeschichte des quergestreiften Hautmuskels. *Platysma Myoides* (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXIII, p. 97).

Le platysma myoïdes a la structure des muscles striés en général. Il est constitué par des fibres dans lesquelles on ne trouve que deux éléments essentiels : les *sarcons elements* (colonnettes musculaires disposés) en séries régulières, très réfringents et entre les séries striées une substance interstitielle non réfringente. Les *sarcons elements* disposés en séries consistent en substance vivante ou contractile et sont liés entre eux par des fibres longitudinales de la même substance. Sur des coupes transversales des fibres musculaires on reconnaît que les *sarcons elements* sont reliés aussi entre eux dans le sens transversal par des filaments délicats de matière vivante.

On peut reconnaître la première disposition du platysma myoïdes dans la peau de la région latérale du cou chez l'embryon humain de 2 mois et demi. On trouve là des corpuscules grossièrement granuleux de protoplasma, dans lesquels les points nodaux du réseau de la matière vivante sont très augmentés de volume et transformés en *sarcons elements*. Ce sont les sarcoplastes de Margo. De la fusion d'un certain nombre de sarcoplastes naissent d'abord de courts fuseaux et la fusion d'un certain nombre de ces fuseaux constitue la fibre musculaire, qui, même à l'apogée de son développement conserve son caractère fusiforme originel.

Au cinquième mois de la vie fœtale, le platysma forme une couche plate nettement développée dans le tissu sous-cutané entre les lobules de tissu graisseux. Entre les sixième et septième mois le platysma s'étend considérablement en largeur et présente sur des coupes horizontales la structure élégante due à des cloisons du perimysium interne et externe.

A. DOYON.

Mycosis fongoïde. — L. PHILIPPSON. Di un caso di micosi fungoïde tipica con localizzazioni interne (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, décembre 1895, p. 445).

Homme de 50 ans, atteint depuis un an de mycosis fongoïde ayant débuté par du prurit aux membres supérieurs avec formation de papules et de croûtelles. Tumeurs mycosiques typiques variant du volume d'un pois à celui du poing, disséminées sur les diverses régions du corps et entremêlées de taches rouges, arrondies, légèrement squameuses et légèrement épaissies. Amygdales très volumineuses, arrivant presque au contact de la luette, de couleur rouge pâle, irrégulières à leur surface. Tuméfaction des ganglions lymphatiques des diverses régions superficielles. Examen

du sang : 4,185,000 globules rouges, 23,560 globules blancs, l'augmentation de ces derniers étant produite surtout par la présence de cellules éosinophiles.

Mort par œdème pulmonaire.

A l'autopsie, rate très volumineuse, pesant 1312 grammes; capsule du foie épaissie, à la coupe le tissu du foie a une couleur jaunâtre à la périphérie des acini et en outre on y voit des stries blanches et de petits lymphomes de couleur grisâtre siégeant dans les espaces interacineux. Tous les ganglions lymphatiques sont très volumineux, mous, quelques-uns présentent sur la coupe des taches miliaires opaques, semblables à des tubercules miliaires jaunes.

A l'examen histologique des tumeurs cutanées, on trouve dans le derme une néoformation cellulaire, séparée de l'épiderme par une mince couche de tissu conjonctif renfermant des capillaires sanguins et des lacunes lymphatiques dilatées; entre les cellules néoformées, on voit des fibres conjonctives très minces allant dans toutes les directions; la néoformation s'infiltre profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les cellules de néoformation ont pour la plupart un noyau rond, plus ou moins riche en chromatine, entouré d'un très mince anneau protoplasmique; elles sont presque toutes de mêmes dimensions. Ces lésions débutent autour des vaisseaux sanguins du derme et de la partie supérieure du tissu sous-cutané.

Dans les ganglions lymphatiques, légère atrophie de la substance corticale et des trabécules, augmentation du nombre des leucocytes. Dans la rate, augmentation considérable du volume des corpuscules de Malpighi et larges amas de leucocytes. Dans le foie, manchons de leucocytes autour des ramifications de la veine-porte et aussi, mais moins développés, autour des veines centrales, leucocytes dans les acini et en particulier dans les capillaires sanguins intercellulaires.

L'auteur insiste sur l'importance de la coïncidence de la pseudo-leucémie et des lésions viscérales avec le mycosis fongoïde vrai, c'est-à-dire précédé de lésions prémycosiques. Il rappelle que l'on connaît déjà dix observations où cette coïncidence a été notée, ce qui démontre que cette coïncidence n'était pas fortuite. Discutant les relations réciproques de la pseudo-leucémie et du mycosis fongoïde, il conclut, en présence de l'unité étiologique du mycosis et de la multiplicité étiologique de la pseudo-leucémie, que le mycosis est la lésion primitive, qu'il est l'origine de la localisation du processus mycosique sur les organes lymphoïdes profonds, d'une variété de pseudo-leucémie qui peut être désignée sous le nom de pseudo-leucémie mycosique.

GEORGES THIBERGE.

Mycossi fongoïde. — P. J. THOMSON. Mycosis fongoïde (?) (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1895, 1^{er} fascicule).

Jeune fille de 14 ans, ayant depuis sept mois à la partie moyenne du dos une tache un peu saillante, suivie d'autres taches semblables dans le voisinage; ces taches forment deux plaques dont l'ensemble rappelle les

ailes d'un papillon, la plaque du côté droit mesure 13 centimètres de long et celle du côté gauche 9 centimètres et demi; elles font une saillie d'un demi-centimètre environ, ne présentent pas de bordure rouge, sont de coloration bleu ardoisé, avec des squames blanc argenté, sont fermes et élastiques au toucher; la plaque du côté gauche est légèrement excoriée; pas de tuméfaction ganglionnaire. A la suite du traitement par l'ichthyol intus et extra, les lésions entrèrent en régression lente, leur partie centrale s'affaissa, la coloration passa au brun jaunâtre malpropre.

A l'examen microscopique, amas de grandes cellules réniformes et de leucocytes dans la couche papillaire du derme; dans ces amas, un très petit nombre de cellules géantes; le tissu de nouvelle formation ne renferme presque aucun vaisseau lymphatique; dans les régions de la peau relativement saines, les cellules du tissu conjonctif paraissent en voie de prolifération active. Bactéries très nombreuses occupant, dans les couches les plus superficielles du néoplasme, de larges espaces qui semblent être des espaces lymphatiques; ces bactéries se colorent rapidement par le violet de gentiane et la méthode de Gram.

La culture donne sur agar des colonies blanches, en forme de cônes, qui, inoculées au cobaye par piqûres très superficielles ou par injections sous-cutanées, provoquent la formation de croûtelles et la chute des poils.

L'auteur pense que ce cas est dû à la pénétration par les glandes sudoripares d'une bactérie non pyogène et qu'il se rapproche de la classe des affections comprises sous le nom de mycosis fongoïde, quoiqu'il en diffère par l'âge du malade, le début par des papules saillantes et l'influence du traitement.

GEORGES THIBERGE.

Nez rouge. — O. LASSAR. *Zur Behandlung roter Nasen (Dermatol. Zeitschrift, 1895, t. II, p. 489).*

Les causes qui amènent la rougeur persistante du nez sont variables, mais le résultat est toujours le même et présente toujours la même indication pour le traitement. Il existe constamment des stases variqueuses des capillaires avec ectasies veineuses sinueuses et affaiblissement de la tonicité. Celles-ci constituent un réseau vasculaire complémentaire et, comme tous les vaisseaux sanguins ayant subi une dilatation morbide, restent sous la dépendance directe de tout autre trouble de la circulation. Les stases de nature gastrique et menstruelle, ainsi que toutes les influences de température retentissent ici d'une manière évidente. Aussi l'opinion que la rougeur du nez serait provoquée par des anomalies générales de ce genre est-elle très répandue, tandis qu'elles ne sont au fond qu'un adjuvant, qui aggrave parfois et périodiquement l'hyperhémie pathologique mais ne saurait la provoquer réellement. Il en est de même de l'alcoolisme qui est beaucoup plus rarement une cause effective qu'on ne l'admet en général. On ne peut cependant contester un rapport avec l'action paralysante de l'alcoolisme sur les vaisseaux. Beaucoup de buveurs ont des nez d'alcooliques.

Cet état, du reste, survient d'ordinaire chez des sujets très jeunes; car la cause pour ainsi dire typique est en effet une congélation éventuelle,

bien que légère; une fois les vaisseaux lésés il reste une sensibilité persistante aux variations de température. L'acné et l'érythème rosé sont aussi des causes de la rougeur pathologique du nez.

L'hyperhémie disparaît en général avec la guérison de ces inflammations.

Il en est ainsi de la rougeur de la face si fréquente chez la femme et qui cède habituellement à l'emploi d'une pâte de [résorcine de 15 à 20 p. 100 et à d'autres méthodes d'exfoliation.

D'autres fois, on ne peut faire disparaître la rougeur anormale du nez que par des scarifications. On arrive plus sûrement au but avec l'acupuncture, elle ne laisse pas de cicatrices apparentes. Au lieu d'une seule aiguille, le porte-aiguilles est muni de 40 pointes dorées fixées sur un disque solide d'un centimètre de diamètre. Ce disque est relié à un électro-moteur et à une machine à estamper analogue à celle employée pour le plombage des dents et que l'on peut faire mouvoir à volonté. La grande rapidité permet de faire en quelques minutes des milliers de piqûres très légères et de la profondeur voulue. L'hémorrhagie est très abondante, toutefois elle s'arrête promptement et un traitement consécutif est à peine nécessaire. Une pâte salicylée ou de simples compresses oblitèrent les petites piqûres dès le lendemain.

L'asepsie est facile. Un système de vis permet de combiner ce mouvement rapide avec des aiguilles galvano-caustiques et électrolytiques, et l'appareil peut être employé dans le lupus, les nævi et les téléangiectasies.

A. DOYON.

Nævus. — S. GIOVANNINI. Un caso di nei (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, décembre 1895, p. 676).

Jeune homme de 24 ans, présentant trois espèces de nævi :

1° Aux petits doigts des deux mains, nævi verruqueux non pigmentés, absolument symétriques, occupant la face externe de la première phalange environ à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de cette face.

2° Un nævus pigmentaire lisse zoniforme, dorso-abdominal, sous la forme d'une tache pigmentaire continue, à contours bien définis, entourant la moitié gauche du tronc, commençant à quelques millimètres en dehors des apophyses épineuses des dixième, onzième et douzième vertèbres dorsales et se terminant au niveau du tiers moyen de la ligne xipho-ombilicale, en affectant une direction légèrement inclinée du dos vers l'abdomen; à 5 centim. environ des apophyses épineuses, cette zone s'incurve notablement en haut sur une petite longueur; dans toute sa portion abdominale elle s'incurve légèrement en haut; dans toute son étendue elle est un peu sinueuse. Elle a 6 à 8 centim. de haut depuis le milieu du dos jusqu'à la ligne axillaire antérieure et 4 à 6 centim. sur le reste de son étendue. Les bords supérieurs et inférieurs sont ponctués, ou festonnés ou irréguliers; ses limites antérieures sont presque verticales et assez régulières. La tache est de coloration claire à fond uniforme, avec de petites taches brunes plus foncées.

3° Une trentaine de nævi verruqueux pigmentés, mous, quelques-uns

pileux, disséminés sur le tronc et les bras, de forme hémisphérique, mesurant 2 à 15 millimètres de large.

A l'examen microscopique, les nævi verruqueux des mains étaient constitués par une hypertrophie portant sur presque tous les tissus constituant de la peau : tissu conjonctif, vaisseaux, nerfs, papilles, différentes couches épidermiques et glandes sudoripares.

Dans le nævus pigmentaire, la pigmentation était peu marquée dans le derme, mais notablement abondante dans l'épiderme où elle occupait surtout la couche de Malpighi.

Les nævi verruqueux du dos ne présentaient aucune particularité de structure.

GEORGES THIBIERGE.

Nævus verruqueux. — O. LASSAR. — Zur Therapie des Naevus verrucosus (*Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 492).

On sait que des verrues molles (surtout quand elles sont de date récente, peuvent disparaître rapidement et définitivement sous l'influence de faibles doses d'arsenic. Ce résultat est incertain et dépend vraisemblablement plus ou moins du développement de la racine du tissu conjonctif plus résistante. Mais on ne peut mettre en doute l'influence de l'arsenic sur les verrues. Or en raison de la grande ressemblance du nævus verruqueux avec de simples verrucosités, mais moins nettement localisées, il faut regarder leur véritable caractère verruqueux comme démontré, si la prolifération d'apparence trophoneurotique régresse et disparaît parfois — comme de simples verrues — sous l'influence de l'arsenic. C'est en effet ce qui a lieu, comme en témoigne le fait de Meissner présenté à la Société Berlinoise de dermatologie.

Il est certain que cette expérience n'autorise pas une généralisation. De même que l'arsenic ne fait pas disparaître toutes les verrues, mais probablement certaines formes seulement, surtout récentes et peu organisées — de même on peut admettre que le nævus verruqueux ne sera pas toujours influencé et éliminé de cette manière. Dans le cas de Meissner la lésion ne datait que d'un temps relativement court (5 mois), ce qui a contribué au succès. Dans tous les cas elle justifie l'hypothèse que le traitement peut avoir la même influence sur le nævus verruqueux que sur d'autres productions verruqueuses. Il en résulte qu'il y a sinon identité du moins une parenté rapprochée entre ces anomalies.

A. DOYON.

Nævi systématisés. — A. WERNER et JADASSOHN. Zur Kenntniss der « systematisirten Nævi » (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXIII, p. 341).

Les « nævi systématisés » pas plus que les nævi en général ne sont, cliniquement et anatomiquement, des formations comprenant un système unique d'éléments.

Outre les nævi vasculaires il faut comprendre ici les nævi multiples sous forme de taches et les nævi verruqueux (ichthyosiformes, etc.). Même sur un seul sujet les localisations isolées des nævi systématisés, apparte-

nant incontestablement au point de vue étiologique au même groupe, peuvent avoir histologiquement une structure très différente.

Dans un cas, il y avait des traînées linéaires typiques provenant de nævi « mous » ichthyosiformes et de glandes sébacées.

Ces nævi glandulo-sébacés ne doivent pas être désignés sous le nom d'adénomes, en raison de la nature normale des glandes qui entrent dans leur composition, pas plus que la plupart des tumeurs décrites sous le nom d'adénomes sébacés multiples; même chez ces derniers il y aurait bien des motifs pour les ranger parmi les nævi. Il n'est pas exact de désigner ces productions comme des hypertrophies ou des hyperplasies, attendu qu'il s'agit de tumeurs tenant à une disposition congénitale. Il serait préférable de les ranger dans un groupe de « nævi d'organes, Organ-Nævi » (à côté des nævi pilaires, des nævi des glandes sudoripares, etc.).

La disposition des nævi systématisés suit — avec des déviations individuelles plus ou moins grandes — des systèmes déterminés de lignes, comme cela résulte déjà de ce qu'un grand nombre présente des analogies frappantes entre eux, non seulement dans la direction générale de la marche mais encore dans la localisation spéciale.

Parmi ces systèmes de lignes on ne connaît — jusqu'à présent! — que les lignes de démarcation des districts de ramification des nerfs de la peau de Voigt, avec lesquelles un certain nombre de nævi concordent d'une manière frappante (Philippon); on connaît la disposition métamère sur le tronc, que Pecirka a le premier signalée; on a enfin trouvé un certain nombre de concordances frappantes avec les lignes caractéristiques des tourbillons de cheveux, sur lesquelles Blaschko a appelé l'attention dans un cas.

La localisation que prennent de préférence les nævi dans des lignes de ce genre indique qu'ils prédisposent particulièrement à des complications de développement qui, comme l'expérience le prouve, sont souvent le point de départ de tumeurs. Jusqu'à présent on ne peut émettre que des hypothèses sur l'importance de ces lignes au point de vue de l'histoire du développement.

Rien n'autorise à attribuer ces malformations à des troubles intra-utérins des nerfs trophiques (ou vaso-moteurs).

Le mémoire se termine par une analyse bibliographique critique très complète.

A. DOYON.

Rhinophyma. — O. LASSAR. Ueber Rhinophyma (*Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 485).

L'auteur n'a rencontré dans sa pratique que cinq cas très caractérisés de cette affection. Ses malades étaient des hommes d'âge mûr.

Chez le premier sujet, après la décortication, la cicatrisation eut lieu en dix jours environ avec un pansement à l'iodoforme. Le revêtement épithélial des conduits excréteurs des glandes sébacées avivé par la coupe s'étendit partout à la périphérie sur la surface de la plaie.

Dans le dernier cas, après l'ablation des nodules, on fit des greffes cutanées par le procédé de Thiersch. Elles réussirent en grande partie

sans autre pansement que le collodion iodoformé; seul le bout du nez ne fut cicatrisé que par prolifération épithéliale à partir du bord.

Il s'agit toujours ici très nettement d'un fibrome adéno-kystique, d'une production homoplasique bénigne, sans participation aucune d'une prolifération de revêtement épithélial. Dans tous les cas, il doit y avoir dans les glandes sébacées elles-mêmes un stimulus qui provoque l'hypersecretion et, par suite, la dilatation kystique. La formation de tissu conjonctif ne se produit qu'en seconde ligne et à la périphérie de l'hypertrophie glandulaire. Elle survient régulièrement à la place du parenchyme de la glande qui est détruit, mais reste — probablement par suite du grand nombre de vaisseaux — molle, délicate, succulente et sans aucune tendance à la rétraction cicatricielle. Le succès durable de l'ablation périphérique indique très clairement que les germes irritants ont leur siège à proximité des canaux excréteurs et proviennent du dehors. L'enlèvement des parties corticales qui ont subi une prolifération morbide met fin à toute la maladie. Il n'y a jamais de récurrence. A. DOYON.

Teignes (Coloration des champignons des). — H. ADAMSON. A note on the permanent staining of ringworm fungus (*The Brit. Journ. of Dermat.*, 1895, p. 374).

Le Dr Adamson dit avoir trouvé après d'assez longues recherches, une méthode de coloration permanente des champignons des teignes.

Voici les détails de la méthode :

1° Baigner sur la lamelle pendant dix à trente minutes dans une goutte de solution de potasse caustique à 5 ou 10 p. 100.

2° Laver dans une solution aqueuse contenant 15 p. 100 d'alcool.

3° Sécher sur la lamelle et, s'il s'agit de squames, fixer en passant à la flamme.

4° Colorer quinze à soixante minutes dans la solution de violet de gentiane aniliné (formée par l'addition de quelques gouttes de solution alcoolique saturée de violet de gentiane, dans l'eau d'aniline).

5° Laisser de une à cinq minutes dans la solution de Gram.

6° Décolorer dans l'huile d'aniline pendant deux ou trois heures ou plus même.

7° Enlever l'huile d'aniline à l'aide du papier buvard et monter au baume du Canada.

LOUIS WICKHAM.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Histoire de la syphilis. — ALBERT S. ASHMEAD. Autochthonous syphilis in Bolivia and Peru (*Journal of cutan. and genito-urin. dis.*, octobre 1895, p. 415).

L'auteur a étudié la syphilis chez les Aymaras, tribu absolument distincte des peuplades voisines, habitant le nord de la Bolivie et la partie

méridionale du Pérou et présentant comme particularités anatomiques tous les caractères des races vivant à de fortes altitudes.

Chez eux la syphilis est connue depuis fort longtemps ainsi que le prouvent le nom spécial qu'il ont donné à la maladie et l'habitude qu'ils ont du traitement mercuriel. L'auteur pense que la syphilis est assurément plus ancienne en cette région que la conquête espagnole car à cette époque plusieurs médecins auraient constaté chez les indigènes des cicatrices ressemblant absolument à celles d'anciennes lésions spécifiques.

En cette partie de la Bolivie on rencontre un animal particulier, l'alpaca, sur lequel sévit une affection ressemblant tout à fait à la syphilis humaine et que les naturels traitent avec succès par les frictions mercurielles. L'auteur pose la question certainement bizarre, de savoir si c'est l'animal qui a primitivement transmis la syphilis à l'homme ou réciproquement.

R. S.

Evolution de la syphilis. — J. HALPERN. Rapports entre la marche et la source de l'infection syphilitique. (*Gazeta Lekarska*, 1894, n° 26).

A mesure qu'on s'éloigne du moment de l'infection, les manifestations syphilitiques perdent leur caractère irritatif et inflammatoire et tendent à devenir chroniques. Pour l'auteur ces faits jouent un rôle important dans la propagation de la syphilis aussi bien héréditaire qu'acquise. Il apporte à l'appui de sa thèse une série d'observations connues dans la littérature d'où il résulte que la manifestation de la syphilis chez l'enfant présente des rapports, au point de vue de la forme, avec l'époque de la syphilis des parents. Il en est de même de l'infection d'une femme enceinte par un mari syphilitique. Dans un cas personnel de M. Halpern, la syphilis débuta chez la malade par des gommages cutanées de la région lombaire. Le mari a eu la syphilis il y a quatorze ans; les manifestations tertiaires se montrèrent quelques mois après le mariage.

Dans un autre cas, un homme a eu en même temps des rapports avec une femme syphilitique depuis douze ans, et une autre femme saine. Il fut atteint d'un chancre induré, mais traité soigneusement pendant dix-huit mois, il n'a pas eu, des manifestations secondaires. La femme saine au contraire a eu trois mois après l'infection, la roséole, l'angine et des papules aux parties génitales externes.

S. Brońko.

Réinfection syphilitique. — F. CLEMENTE. Contributo al problema della reinfezione sifilitica (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1895, p. 353).

Homme de 45 ans, ayant eu en 1884 une ulcération du gland, suivie d'éruption considérée par un spécialiste comme syphilitique et ayant été traité à l'hôpital en 1891, en 1893 et en 1894, pour des accidents diagnostiqués secondaires. Au mois de novembre 1894, à la suite d'un coït impur, ulcération de la verge qui disparaît au bout de douze jours; quarante-cinq jours après le début de l'ulcération, éruption assez étendue de papules sur la face, le tronc et la paume des mains; à la fin de janvier 1895, on cons-

tate sur la face de l'acné rosée au début et de petites papules squameuses, sur les membres supérieurs des papules squameuses et des taches rouges cuivrées, sur la verge une cicatrice dure, ovale, avec perte de substance du gland; sur la fesse gauche une ulcération croûteuse ayant l'aspect des lésions tertiaires, tuméfaction indolente des ganglions cervicaux, épitrochléens et inguinaux, pas de lésions des muqueuses.

Tommasoli, à la clinique duquel le malade est entré pour ces derniers accidents, n'ose décider la question de savoir s'il s'agit d'une ancienne syphilis à manifestations ambiguës ou d'une réinfection syphilitique dont les accidents s'entremêlent à ceux de l'infection première.

GEORGES THIBIERGE.

Pleurésie syphilitique. LE DAMANY. — Note sur trois cas de pleurésie dans la période secondaire de la syphilis (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 27 avril 1895, p. 196).

De ces trois observations, l'auteur conclut que toutes les pleurésies observées à la période secondaire de la syphilis ne revêtent pas le type observé par M. Chantemesse (bilatéralité fréquente, exsudat peu abondant, concomitance avec des manifestations cutanées, fugacité, disparition complète sans laisser de traces et rendue plus rapide encore par l'emploi du traitement spécifique) ou celui observé par M. Brousse (début latent, sans frissons, peu ou pas de fièvre, évolution fréquemment par poussées successives, efficacité du traitement spécifique). Il a vu ces pleurésies durer dans un cas 80 jours, dans un autre 75, s'accompagner d'un épanchement abondant, résister au traitement spécifique. Il en résulte que, ou bien toutes les pleurésies de nature syphilitique n'ont pas les mêmes allures cliniques, ou bien on peut observer dans le cours de la syphilis secondaire tantôt des pleurésies de nature syphilitique, tantôt des pleurésies métasyphilitiques, ces dernières étant la conséquence de la diminution de résistance de l'organisme sous l'influence de la syphilis, ou d'infections secondaires ayant eu pour portes d'entrée des solutions de continuité de la peau ou des muqueuses produites par la syphilis. G. THIBIERGE.

Hémoglobinurie dans la syphilis. — CALCAGNO. Un caso di emoglobinuria parossistica da sifilide (*Giornale medico dello R. Esercito e della R. Marina*. 1895).

Marin de 30 ans, n'ayant jamais eu d'accidents paludiques, mais ayant eu il y a deux ans un chancre du gland considéré comme syphilitique, traité localement par les préparations mercurielles, et non suivi de manifestations syphilitiques. Deux mois après la guérison du chancre, premier accès d'hémoglobinurie, suivi d'autres accès à intervalles variables. La quinine resta sans effet sur ces accidents et sur l'anémie qui les accompagnait; le malade fut soumis au traitement spécifique, iodure de potassium et injections sous-cutanées de sublimé, et les accès cessèrent de se reproduire, en même temps que l'état général s'améliora.

L'étiologie admise par l'auteur ne doit être admise que sous les réserves

les plus formelles : l'existence de la syphilis est des plus douteuses et on sait qu'en matière d'hémoglobinurie la preuve thérapeutique est insuffisante, le mercure ayant, même en dehors de tout antécédent syphilitique, une action favorable sur le sang des hémoglobinuriques.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du cœur. — V. VORONKOFF. Deux cas de Syphilis du cœur
(*Wratschebnia Zapiski*, 1895, n° 1).

I. — Une femme de 44 ans est entrée à l'hôpital se plaignant de palpitations, de douleurs dans les jambes, et de faiblesse générale datant déjà de plusieurs années; il y a trois semaines s'est montré l'œdème des membres inférieurs. Pas d'alcoolisme, ni de syphilis héréditaire. Des sept enfants de la malade, quatre sont morts en bas âge.

A l'examen, on trouve de la dilatation des deux ventricules, une accentuation du second ton pulmonaire, un souffle systolique à la pointe. Battements cardiaques fréquents; dyspnée, pouls à 60, avec intermittences. Adénopathies multiples. Le traitement mixte a rapidement amélioré la malade et au bout de huit jours elle put quitter l'hôpital.

II. — Femme de 44 ans, entrée pour des troubles de compensation cardiaque qui se sont développés depuis deux mois. Rien d'intéressant dans les antécédents, sauf deux avortements après deux accouchements normaux. A l'examen on constate une dyspnée violente, une augmentation de la matité cardiaque, bruits cardiaques affaiblis et avec intermittences, souffle systolique à la pointe; accentuation du deuxième ton pulmonaire, artério-sclérose. Pouls à 112. Foie gros, urines normales. Ascite. Nez effondré depuis longtemps; cloison perforée. Adénopathies multiples, épaississement et sensibilité des parties antérieures du tibia.

Le traitement par le calomel et la digitale n'ayant produit aucune amélioration, on le remplaça rapidement par le traitement spécifique mixte qui aussitôt amena une amélioration notable et, au bout d'un mois, la malade fut complètement rétablie.

L'auteur considère ces deux cas comme provoqués par la syphilis : chez la première il n'y avait, il est vrai, en faveur de cette hypothèse, que les adénopathies et la mort précoce de plusieurs enfants de la malade; mais il y avait en plus l'absence de toute autre cause possible, ce qui est, d'après le professeur Zakharine, d'une très grande valeur pour le diagnostic de la syphilis du cœur.

D'après le professeur Zakharine, la syphilis cardiaque peut se présenter sous trois formes : 1° myocardite, 2° névrite d'origine syphilitique des nerfs cardiaques, 3° lésion simultanée du myocarde et des nerfs cardiaques se traduisant par accès angineux, hypertrophie cardiaque et souffles. M. Voronkoff considère son premier cas comme appartenant à la première de ces formes, et le second cas à la troisième forme.

M. Volochine a publié, il y a quelque temps, un travail sur les lésions syphilitiques du système vasculaire; il résulte de ce travail que les lésions syphilitiques du myocarde, de l'aorte et des coronaires peuvent persister très longtemps et amener même la mort sans avoir provoqué des troubles

fonctionnels. En se basant sur ces conclusions et sur un cas analogue décrit par M. Vetschoumoff, M. Voronkoff conclut que les cardiopathies syphilitiques peuvent récidiver, malgré un traitement prolongé et que souvent l'état général n'est point en rapport avec les lésions viscérales ; aussi faut-il soumettre les syphilitiques à localisation cardiaque comme pour les autres localisations, du reste, à un traitement aussi prolongé que possible et cela quelque satisfaisant que paraisse l'état général.

S. BROÏDO.

Syphilis du cœur. — H. P. LOOMIS. Syphilitic lesions of the heart (*The American Journal of the medical sciences*, octobre 1895, p. 389).

L'auteur rapporte plusieurs observations personnelles de syphilis du cœur.

La première a trait à un homme de 35 ans, habituellement bien portant et qui mourut subitement, une nuit sans avoir présenté auparavant le moindre symptôme inquiétant. A l'autopsie, sauf un état congestif des reins, du foie et des poumons, les viscères n'avaient rien d'anormal.

Le cœur présentait dans la paroi antérieure du ventricule gauche une tumeur gommeuse blanc jaunâtre, dure, non circonscrite, intéressant au moins un tiers de l'étendue de la paroi ventriculaire.

Il y avait, en outre, distension du ventricule et insuffisance mitrale.

Le cœur droit était distendu mais normal, les artères coronaires et l'aorte ne présentaient rien de pathologique.

L'examen histologique démontra que cette tumeur était constituée par de petites cellules rondes et que le centre de la masse commençait à se caséifier. L'examen bactériologique de cette tumeur est resté négatif au point de vue du bacille de Koch, aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à la considérer comme une gomme syphilitique.

Sa deuxième observation est celle d'une jeune femme syphilitique depuis trois ans et qui mourut d'asystolie. L'autopsie montra dans ce cas une petite gomme de la paroi antérieure du ventricule droit.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une jeune femme également qui succomba à la suite d'une pneumonie et qui présentait dans la paroi antérieure du ventricule gauche deux petites gommages, grosses comme des olives, jaunâtres et caséifiées en leur centre.

Il y avait en même temps un degré accentué de myocardite scléreuse.

Outre ces tumeurs gommeuses, l'auteur signale d'autres lésions syphilitiques du cœur qui revêtent l'apparence de zones fibreuses, localisées exactement au muscle cardiaque et sans rapports avec l'endocarde ou le péricarde.

Ces lésions, analogues à celles que l'on observe au cours de la syphilis dans les muscles des jambes ou des avant-bras, semblent bien être une myocardite interstitielle sous la dépendance directe du virus syphilitique ; elles s'accompagnent toujours d'une endartérite oblitérante des petits vaisseaux musculaires, ce qui permet dans une certaine mesure de les distinguer des autres dégénérescences musculaires du cœur.

L'auteur a pu, dans sa pratique personnelle, observer cinq cas de ces lésions fibreuses du cœur. Il a enfin observé un cas de dégénérescence amyloïde du cœur qu'il rapporte à la syphilis. De sorte qu'en résumant ses observations, il conclut que les lésions syphilitiques du cœur les plus communes sont, par ordre de préférence : les gommes des parois ventriculaires, la dégénérescence fibreuse du muscle, et l'infiltration amyloïde.

R. S.

Anévrysme syphilitique. — AZUA. Aneurisma de la carotide primitiva izquierda de origen sifilitico. Curacion (*Revista de med. y cir. practicas*. Madrid, 1895, p. 22).

Femme de 35 ans, atteinte de syphilis secondaire, l'infection dit l'auteur paraissant remonter à deux ans déjà. En examinant la malade on trouve sur le côté gauche du cou et à la moitié du trajet de la carotide primitive, une tumeur élastique, pulsatile avec expansion isochrone au pouls, réductible en partie et présentant du souffle à l'auscultation. Dimensions d'une petite pomme. D'après la malade, l'anévrysme remontait à une époque antérieure à ses manifestations spécifiques, mais elle ne pouvait préciser exactement : il y avait environ un an.

Traitement : trois grammes d'iodure de potassium par jour. Guérison absolue en deux ans : il ne reste plus qu'un nodule du volume d'un pois. Il convient donc dit l'auteur, en présence d'un anévrysme de ne pas oublier la syphilis, sa notion pouvant avoir au point de vue du traitement une réelle valeur.

PAUL RAYMOND.

Injections intraveineuses de mercure. — STUKOWENKOFF (*Therap. Wochensch.*, 1895, p. 1133).

Selon l'auteur la rapidité de l'action thérapeutique du mercure est en proportion directe de la quantité du métal introduit chaque jour dans le sang et en proportion inverse de la durée du traitement.

La dose quotidienne de métal est en rapport inverse de la quantité générale qui est nécessaire pour un cycle de traitement dans un temps déterminé.

La dose de mercure qu'il faut chaque jour introduire dans le sang, nécessaire pour une action thérapeutique rapide, se rapproche de la dose pharmacologique de 0,010. Des doses plus faibles sont moins actives, agissent plus lentement, exigent un temps plus long ou même n'ont aucune action.

La quantité de mercure qui est nécessaire dans le cours d'un cycle de traitement est représentée par la dose thérapeutique extrême de 0,260 introduite dans le sang.

Contrairement à la communication de Baccelli, la quantité de mercure nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique dans l'injection intraveineuse n'est pas moindre que celle nécessaire dans l'introduction sous-cutanée de sels ne coagulant pas l'albumine.

Le sublimé n'est pas le meilleur sel de mercure pour les injections intra-veineuses, d'autres sels sont peut-être préférables.

Il n'est pas possible de porter un jugement définitif sur l'introduction intra-veineuse du mercure comme méthode usuelle de traitement. L'emploi pratique de cette méthode exige un soin minutieux des détails. Les inconvénients pour sa généralisation (phlébite, tumeurs, absence apparente des veines, thromboses) seront combattus par le perfectionnement ultérieur de la technique, tout comme les abcès, les gangrènes, etc., l'ont été dans les injections sous-cutanées qui sont déjà devenues le patrimoine des médecins par suite de l'amélioration de la technique et du choix des sels.

Il faut regarder comme le résultat le plus important des recherches faites jusqu'à ce jour avec les injections intra-veineuses la détermination de la quantité de mercure nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique. La comparaison de cette quantité exactement établie (qui concorde avec celle que l'auteur avait indiquée autrefois) par rapport à celle nécessaire dans d'autres méthodes de traitement peut servir comme pierre de touche de la méthode en question.

A. DOYON.

Injectons de sublimé. — SPRECHER et ALLGEYER. Contributo allo studio delle iniezioni di sublimato ad alte dosi nella cura della sifilide (*Riforma medica*, 7 septembre 1895, p. 699).

Les auteurs ont traité à la Clinique de Giovannini 126 syphilitiques par les injections intra-musculaires du sublimé en solution dans l'eau salée (2 puis 4 ou 5 centigrammes de sublimé par injection de 1 centim. cube; 3 à 12 injections chez chaque malade).

Chez 79 malades, il n'y a eu aucun phénomène d'intoxication; chez 42 il y a eu de la céphalée, des nausées ou des épistaxis après la première injection, 10 de la fièvre, 20 fois une stomatite peu intense, 14 fois des coliques et de la diarrhée; 1 fois une folliculite superficielle suppurée. Chez 5 femmes, il y a eu les accidents de mercurialisme grave: 4 fois de la stomatite ulcéreuse avec fièvre, et chez 3 de ces malades une légère albuminurie; chez la cinquième un érythème scarlatiniforme assez grave.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils ont été favorables; sauf dans 2 cas d'ecthyma ulcéré serpiginieux qui résistèrent à 8 et à 9 injections, les manifestations syphilitiques ont disparu dans tous les cas après un nombre variable d'injections, le plus souvent 3 ou 4 pour la roséole, 5 ou 6 pour les plaques muqueuses bucco-pharyngées, 6 ou 7 pour les syphilides papuleuses de la peau, 9 ou 10 pour les gommés.

D'une façon générale, les hommes supportent mieux ce traitement que les femmes.

GEORGES THIBIERGE

Injectons d'huile grise. — T. MAYZEL. Traitement de la syphilis par des injections d'huile grise (*Przegl. Lekars.*, n° 16, 18, 19, 20, 1894).

L'auteur a injecté à 39 malades l'huile grise par la méthode de Lang. Il arrive aux conclusions suivantes:

1° Les formes légères de la syphilis cèdent assez rapidement; dans les formes graves, l'amélioration est lente, plus rapide toutefois qu'avec

l'oxyde jaune de mercure ou le chlorure de mercure. L'huile grise n'empêche pas l'apparition de nouvelles éruptions et ne diffère en rien à ce point de vue des autres préparations mercurielles.

2° Les injections d'huile grise ne déterminent pas d'accidents plus graves que les autres médications de la syphilis.

3° La dose d'huile faible (30 p. 100) ne doit pas dépasser 40 centigrammes et la quantité totale injectée ne doit pas être supérieure à 1 gr. 10 centigrammes.

4° Les injections sous-cutanées faites dans l'espace interscapulaire étaient presque toujours suivies d'infiltrations douloureuses, se résorbant très lentement. Dans 3 cas, des abcès se sont formés. Aussi l'auteur a-t-il essayé de faire des injections intra-musculaires qui ne sont pas douloureuses et ne provoquent pas d'infiltration.

5° Les deux cas d'empoisonnement notés par Kaposi et Hallopeau à la suite des injections d'huile grise doivent être attribués, d'après l'auteur, à ce qu'on a dépassé la dose maximale indiquée par Lang. Mais étant données les expériences d'Uhlmann prouvant que 20 centigrammes d'huile grise injectés sous la peau pendant un mois constituent une dose mortelle pour le chien, l'auteur recommande une grande attention dans la surveillance des malades soumis à ce traitement. Les indications et les contre-indications sont les suivantes :

1° L'organisme du malade soumis à ce traitement doit se trouver à l'état satisfaisant. On doit attacher une attention particulière à l'état de la muqueuse buccale et du tube digestif, de l'appareil urinaire et de la peau.

2° Dès que des infiltrations notables se montrent à la suite des injections, il faut interrompre ces dernières jusqu'à la disparition des accidents.

3° Après la terminaison du traitement le malade doit soigner sa bouche au moins pendant un mois et veiller au bon fonctionnement de tous les organes qui éliminent le mercure.

S. BROÏDO.

Traumaticine au calomel. — PICCARDI. Contributo allo studio delle applicazioni locali di calomelano e traumaticina nella cura della sifilide (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, mars 1895, p. 214).

L'auteur se loue beaucoup de l'emploi de la traumaticine au calomel (1 partie de calomel pour 4 de traumaticine), en badigeonnages répétés tous les deux ou trois jours, dans le traitement de la syphilis; cette méthode est propre, et, contrairement aux injections de calomel, permet, comme les frictions, d'arrêter l'absorption du médicament s'il survient des accidents.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis traitée par le nitrite de soude. — M. PETRONE. Sull' uso dei nitriti nella cura delle malattie infettive (*Riforma medica*, août 1895).

Petrone, se basant sur les effets antiseptiques des nitrites et sur des considérations théoriques au sujet de l'influence de la syphilis et du mercure sur l'économie, a expérimenté les injections de nitrite de soude

(5 à 50 centigrammes par jour en deux fois) chez deux sujets atteints l'un de syphilis secondaire avec périostites multiples du crâne et du tibia et syphiloderme papulo-pustuleux, l'autre de syphilis héréditaire tardive avec gommées cutanées ulcérées et périostiques.

Les accidents spécifiques cédèrent à un traitement de trente jours dans le premier cas, de vingt-six jours dans le deuxième. L'auteur conseille de se servir de solutions ne contenant pas plus de 2 à 3 p. 100, les solutions concentrées provoquant de la douleur; il n'a jamais observé d'abcès à la suite des injections.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement mercuriel et bains sulfureux. — I. GRABOVSKY. Emploi simultané de l'onguent gris et des bains sulfureux (*Medycyna*, 1894).

Après l'exposé de ses expériences destinées à réfuter l'opinion de M. Elsenberg sur l'inutilité de l'emploi simultané des frictions mercurielles et des bains sulfureux, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1) Le sulfure de mercure qui prend naissance pendant l'emploi concomitant de bains sulfureux et de frictions mercurielles, est très bien absorbé par la peau; en frictions ou en injections intra-musculaires il agit, quoique moins énergiquement que les autres préparations mercurielles.

2) L'absorption du mercure en friction se fait aussi rapidement dans un bain sulfureux que sans lui et on peut observer dans 90 p. 100 des signes d'hydrargyrisme.

3) Ce traitement combiné présente l'avantage de permettre l'introduction dans l'organisme des quantités notables de mercure, et grâce à cela, la neutralisation et l'élimination de quantités plus considérables (probablement) de virus syphilitique. En outre ce traitement agit bien sur la nutrition générale des tissus qui peut à son tour agir sur la marche de la maladie.

4) Pour que le traitement par les bains et les frictions soit efficace, les frictions doivent être faites avec beaucoup de soin et ne pas dépasser la quantité de pommade habituellement employée.

S. BROÏDO.

Sérothérapie anti-syphilitique. — РОСНОН. Essai de vaccination contre la syphilis (*Médecine moderne*, 22 mai 1895, p. 325).

Chez un homme ayant eu des rapports sexuels avec une femme atteinte de plaques muqueuses de la face interne des grandes et des petites lèvres, l'auteur a commencé, trois jours après ces rapports, des injections de sérum du sang de sujets syphilitiques; les trois premiers jours, il a injecté 1, 2, 5 centimètres cubes de sérum provenant d'un syphilitique de 9 ans, puis 3, 4, 5 centimètres cubes de sérum provenant d'un syphilitique de 5 ans, enfin 1 et 2 centimètres cubes de sérum provenant d'un syphilitique de 18 mois. Il ne s'est développé aucun accident syphilitique. L'auteur fait remarquer que les dernières injections auraient pu être l'occasion d'une infection syphilitique, ce qui tendrait à faire admettre que les premières injections avaient des propriétés préventives. GEORGES THIBIERGE.

— EDWARD COTTRELL. The treatment of syphilis by injections of syphilitic antitoxine (*The British Journal of Dermatology*, novembre 1895, p. 349).

De nos jours on a tendance à traiter les maladies contagieuses avec du sérum provenant d'un animal immunisé, or l'étude du Dr Cottrell a porté sur le traitement de la syphilis par des injections de sérum provenant d'un sujet syphilitique. Voici les raisons qui ont conduit l'auteur à adopter ce traitement.

1^o Une atteinte de syphilis confère l'immunité chez le même individu vis-à-vis d'une réinfection, dès lors un individu qui a, ou qui a eu, la syphilis possède en lui même certaine vertu qui lui confère l'immunité contre une nouvelle infection de la même maladie.

2^o Bien que jusqu'à présent l'origine microbienne de la syphilis ne soit pas encore démontrée, le fait en lui-même paraît certain, de sorte que les signes de la période dite secondaire sont dus à la production d'une toxine par le bacille spécifique; d'autre part, il est probable que l'immunité envers une seconde attaque de syphilis est due à la présence dans le sang d'une substance qui mérite d'être appelée, à défaut d'une meilleure dénomination, l'antitoxine syphilitique. Ceci concorde avec cette proposition du Dr Klein que « lorsque un animal a subi une atteinte d'une maladie infectieuse quelconque, son sang a acquis une faculté spéciale, il est devenu capable de neutraliser les toxines du microbe.

Les animaux qui ont acquis l'immunité possèdent dans leur sang une substance qui n'y était pas auparavant et cette substance est une anti-toxine.

3^o C'est une matière d'observation banale qu'un enfant hérédito-syphilitique peut naître d'une femme n'ayant jamais présenté de manifestations syphilitiques et que cette femme est immunisée contre une affection syphilitique nouvelle. Ceci peut s'expliquer par ce fait, que le sang du placenta ayant acquis des propriétés spéciales de par la syphilisation du fœtus, l'antitoxine syphilitique a imprégné la mère et l'a immunisée. C'est sur ces diverses théories que l'auteur a basé sa thérapeutique. Voici le résumé des résultats qu'il a obtenus sur dix-huit cas, chez lesquels aucun autre traitement n'a été fait simultanément.

1^o Dans les premiers temps de la syphilis, lorsqu'il n'existe encore qu'un chancre et une adénopathie, l'injection du sérum détermine une cicatrisation rapide du chancre. L'adénite inguinale devient en général intense, il n'y a aucune manifestation à la peau et aux muqueuses, ou tout au moins elles sont très légères.

2^o Lorsque le traitement est commencé après la roséole et les plaques muqueuses, l'éruption s'éteint rapidement, plus rapidement même que par l'emploi du mercure, mais par contre les lésions de la gorge disparaissent plutôt lentement.

3^o La santé générale s'améliore.

4^o Le sérum provenant d'un sujet en pleine poussée d'accidents secondaires, paraît plus actif que celui qui provient d'une syphilis tertiaire.

5^o Les doses à injecter ne sont pas encore définies, celles qui ont été employées ont varié d'un demi à 5 centimètres cubes. LOUIS WICKHAM.

REVUE DES LIVRES

Naturwissenschaftliche Einführung in die Bacteriologie (Introduction scientifique à la bactériologie). — FERDINAND HUEPPE, professeur d'hygiène à l'Université allemande de Prague, 1 vol. in-8 chez Kreidel, Wiesbaden, 1896.

On doit déjà au professeur Hueppe un très bon traité de technique bactériologique. Ce traité est bien connu. Il est dans tous les laboratoires. Il rend de grands services aux élèves et aux maîtres.

Le livre nouveau qui vient de paraître rendra certainement de plus grands services encore. La bactériologie y est étudiée dans un ensemble et à un point de vue véritablement scientifique.

Hueppe donne à l'étude des fermentations et des maladies infectieuses une orientation nouvelle.

Il fait remarquer que pendant longtemps on a fait uniquement l'histoire naturelle de la bactériologie. On a cherché à expliquer l'apparition des maladies contagieuses par la présence d'agents spécifiques. Ces agents ont été successivement trouvés et décrits. On a admis primitivement que leur présence suffit à tout expliquer. Il a été reconnu cependant que la notion de la spécificité ne satisfait pas entièrement l'esprit. Depuis les travaux de Pasteur on sait que la virulence des microbes peut être atténuée, supprimée ou exagérée. Dès lors il est bien évident qu'il faut faire entrer en ligne de compte les propriétés de l'organisme animal. Tous les travaux des dernières années ont une même signification. Ils prouvent la très grande complexité des causes des maladies infectieuses. Ces causes il importe de chercher à les déterminer. Cette étude doit être faite uniquement sur le terrain de la science. Toute idée ontologique doit être chassée. Le professeur Hueppe s'est attaché à cette détermination difficile.

Sa conception du rôle des agents virulents et des véritables causes des maladies infectieuses est véritablement scientifique. Comme on peut s'y attendre les entités morbides sont fort maltraitées.

Le livre du professeur Hueppe comprend huit chapitres principaux.

Le premier est consacré à l'étude de la forme des bactéries. Il comprend un très grand nombre de figures.

Dans le second chapitre, l'auteur passe en revue les manifestations vitales des microbes. Il étudie successivement la vie anaérobie, et le mouvement énergétique de ces parasites. Il recherche l'action de la lumière et de la température sur les micro-organismes. La question des milieux nutritifs, celle de la nature des poisons microbiens sont longuement discutées. Le professeur Hueppe insiste d'une manière toute spéciale sur les modifications que le milieu imprime aux propriétés fermentatives ou nocives des microbes. Ces propriétés sont en rapport avec le milieu nutritif. Le

microbe s'adapte au milieu. Le parasite reste identique tant que le milieu ne varie pas. La maladie ne se développe qu'autant que l'agent virulent trouve une prédisposition. La prédisposition vient des ascendants ou est acquise par nous-mêmes. Sans prédisposition du milieu le bacille ne peut rien.

Le troisième chapitre contient une courte description des agents pathogènes. Les renseignements souvent épars dans de nombreuses publications sont ici condensés. On trouve notés la forme des bactéries, les caractères du microbe sur divers milieux, les effets physiologiques provoqués par les toxines. Nous recommandons particulièrement ce chapitre à l'attention des lecteurs. Il peut être consulté à la manière d'un memento. Il est bien compris et peut être très utile.

Le quatrième chapitre est particulièrement important. Le professeur Hueppe y étudie les causes des maladies infectieuses. Il montre l'évolution historique de la question, et expose sa doctrine. Il se refuse à admettre que la variété des maladies soit due à la variété seule des microbes. On croyait autrefois que chaque péché était envoyé aux hommes par un démon spécial. Pour une certaine école, il en serait de même des bactéries et des maladies.

C'est une grosse erreur. Il ne faut pas être partisan de la spécificité à ce point. Les véritables causes de la maladie sont autres. Pour les comprendre, il faut se rappeler la loi de conservation de l'énergie. Cette loi gouverne la bactériologie comme toute science. Si de l'énergie potentielle devient énergie active, les deux quantités sont égales. L'énergie passe quantitativement d'un état à l'autre. La véritable cause de l'énergie libérée, du travail produit si l'on veut, est intérieure. Elle est exprimée par la quantité et la nature de la grandeur initiale, de l'énergie en provision. Ces notions sont applicables à la pathologie microbienne. On sait aussi que l'énergie microbienne ne peut pas, en général, passer spontanément à l'état d'énergie active. Elle en est empêchée dans l'industrie artificielle, en vue de sa meilleure utilisation. L'obstacle peut être déplacé plus ou moins facilement. En pathologie, on distingue des conditions qui favorisent le dégagement de l'énergie en provision ou qui l'empêchent. Ces conditions ne sont pas de véritables causes; on le comprend très bien d'après les considérations qui précèdent. Elles ont cependant un rôle important. Elles rendent la libération de l'énergie potentielle plus ou moins facile. La force qui supprime l'obstacle est la force de dégagement. Cette force doit être suffisante pour vaincre l'obstacle. Le microbe intervient en tant que force de dégagement.

Développant ces considérations, l'auteur explique d'une façon très logique comment il faut comprendre l'hérédité, la prédisposition et l'état réfractaire. Relativement aux microbes, Hueppe conteste leur spécificité. Il s'appuie sur un certain nombre d'arguments. Sans doute il admet qu'il faut distinguer des genres et des espèces parmi les micro-organismes, mais leur constance est obtenue par la persistance des mêmes conditions. Sur ce point Hueppe est l'adversaire irréductible de Koch. C'est le terrain qui donne le caractère de la maladie. Comment comprendre s'il n'en est pas ainsi la disparition des pestes du moyen âge; l'apparition des

maladies nouvelles, par exemple, de la méningite cérébro-spinale. Les mêmes conditions défavorables provoquent l'éclosion des mêmes maladies. Cela est évident pour la tuberculose, etc. La spécificité des microbes est un processus d'adaptation. Ce n'est pas une réalité.

Les microbes agissent à la manière d'une force de dégagement. L'infection est réalisée quand le germe arrive en présence des forces en tension. Hueppe consacre un court paragraphe à ce phénomène.

Dans le cinquième chapitre, l'auteur examine si la guérison peut être obtenue en combattant les causes des maladies infectieuses. L'historique est très développé. Une méthode consiste à augmenter les forces auxiliaires naturelles de l'organisme, à rendre, en d'autres termes, la libération de l'énergie potentielle plus difficile. L'organisme, mieux armé dans sa lutte contre le microbe, le tue. Les cures d'air ont pour ce motif de bons résultats dans le traitement de la tuberculose. Une autre méthode comporte l'usage des médicaments. Dans certains cas, cela revient à chasser un diable par un autre. On peut interpréter ainsi les résultats dus au mercure dans la syphilis, au salicylate de soude dans le rhumatisme, etc. Certains médicaments agissent à dose massive et à dose infinitésimale. On peut admettre que ces substances agissent non seulement sur tel ou tel microbe à la manière d'un antiseptique, mais aussi en provoquant une réaction de certains éléments cellulaires de l'organisme animal.

Le sixième chapitre est consacré à l'étude de l'immunité, de l'état réfractaire et des inoculations curatives. L'auteur examine successivement dans une série de paragraphes les inoculations pratiquées avec les parasites vivants et celles effectuées uniquement avec leurs produits. L'évolution de la sérothérapie est suivie d'étapes en étapes.

La nature des antitoxines est discutée. Hueppe ne pense pas que l'immunité soit due à ces substances. La formation d'antitoxine est un phénomène parallèle qui accompagne l'apparition de l'immunité artificielle. Divers paragraphes traitent encore des inoculations de nécessité, du rôle des phagocytes, des alexines, des inoculations préventives et curatives sans parasites ni produits bactériens, etc.

Dans le septième chapitre, le professeur Hueppe traite de la préservation des maladies contagieuses par la lutte contre les causes des maladies. Il expose l'hygiène de l'individu, le rôle de l'éducation, des habitudes, des soins de propreté. Il fixe les règles de l'hygiène des villes et des peuples et montre l'influence des lois sanitaires en choisissant la lutte contre le choléra comme exemple. La désinfection, l'isolement, le transport des malades font l'objet de considérations utiles à connaître.

Dans un dernier chapitre, l'auteur résume ses tendances et montre l'évolution de la bactériologie.

L'ouvrage du professeur Hueppe est court. Il faut en recommander la lecture. Il faut espérer qu'il sera traduit. Il y a beaucoup d'érudition dans le livre qu'il présente au public. Il y a plus encore de sens critique et les preuves d'un véritable esprit scientifique.

M. DOYON.

CELSE PELLIZZARI. — *Syphilis*. Estratto dal Trattato italiano di Patologia e terapia medica. F. Vallardi, éditeur. Milan, 1895.

Le professeur C. Pellizzari, chargé de rédiger l'article *Syphilis* pour le Traité italien de médecine, a écrit à ce propos une monographie remarquable, ainsi que peuvent le supposer tous ceux qui connaissent le talent d'observateur, de théoricien et de critique de notre savant collègue. Cette monographie ne comporte pas moins de 109 pages, étendue respectable pour un article d'un traité de médecine générale, mais dans laquelle il est difficile de condenser tout ce qu'il importe au médecin de connaître sur la maladie syphilitique ; Pellizzari a pu cependant, tout en ne négligeant aucun point important et en exposant d'une façon suffisante toutes les notions acquises, donner sur un grand nombre de points sa note personnelle, faire profiter le lecteur de sa grande expérience clinique et de ses longues méditations sur des sujets qu'il a étudiés spécialement et éclairés de réflexions fort originales.

Ces derniers points nous occuperont seuls dans cette analyse ; ils ont trait surtout à la pathologie générale de la syphilis et à l'opinion que l'on peut se faire de sa nature et de son virus.

L'auteur a été amené à penser qu'il existe un antagonisme entre les produits chimiques élaborés sous l'influence du virus syphilitique et ce virus lui-même : sans vouloir discuter si le virus syphilitique élabore des syphilotoxines qui jouent un rôle dans la production des accidents syphilitiques, il pense que l'organisme envahi par la syphilis produit des substances chimiques douées du pouvoir antitoxique qui luttent contre le virus : suivant l'intensité du pouvoir de reproduction de l'agent spécifique et celle de la production et de l'élimination de ces produits chimiques, on voit survenir les temps d'arrêt ou les récives qui caractérisent la marche de la syphilis.

Pellizzari s'élève contre l'opinion admise par la généralité des auteurs, au sujet de la non-récidivité du chancre : pour lui, certaines lésions ulcéreuses très précoces, trop précoces pour constituer des accidents secondaires, ne sont autre chose que des chancres consécutifs à une nouvelle infection ou à une auto-inoculation du chancre primitif ; des lésions plus tardives considérées comme des lésions chancriformes sont en réalité des chancres, mais des chancres modifiés par les produits antitoxiques et par suite atténués ; en conséquence de cette même action anti-toxique, les accidents constitutionnels qui leur succèdent sont atténués ou font défaut, ce qui a fait méconnaître la nature vraie de ces lésions. A son avis, contrairement à la formule adoptée généralement, il n'est pas nécessaire que la syphilis soit guérie absolument pour que la réinfection soit possible.

La syphilis par conception donne à Pellizzari une nouvelle occasion de faire appel à l'action des produits solubles développés sous l'influence du virus syphilitiques : suivant qu'ils passent en plus ou moins grande abondance à travers le placenta, ils peuvent conférer à la mère une immunité absolue ou relative, d'où l'absence complète ou le peu d'intensité des acci-

dents dus au virus ; l'élimination de ces produits donne l'explication des rares exceptions à la loi de Colles : une seule et même théorie rend donc compte de toutes les modalités de l'influence du fœtus syphilitique sur sa mère.

De même, cette théorie s'accorde avec les données cliniques concernant la transmission inutero de la syphilis au produit de la conception.

Les idées émises par Pellizzari ne sont pas susceptibles, au moins actuellement, de vérification directe : elles n'en sont pas moins dignes d'intérêt et méritent d'être prises en considération. Nous avons tenu à les résumer ici parce que le *Traité* dans lequel elles ont été exposées est peu répandu en dehors de son pays de publication : le lecteur remarquera que cette monographie, parue depuis plus d'un an et que des circonstances diverses nous ont empêché d'analyser plus tôt, a dû être écrite par l'auteur un temps assez long avant sa publication ; on ne s'étonnera donc pas que Pellizzari considère comme siennes et comme inédites des considérations théoriques qui sont exposées, sous une forme analogue ou presque analogue, dans divers travaux déjà connus du lecteur. GEORGES THIBIERGE.

ALFRED LANTZ. — *Stomatite mercurielle et salivation* (thèse de Moscou, 1895).

En se basant sur l'étude clinique de 350 malades de l'hôpital Miasnitzky et sur 23 expériences sur des animaux faites dans le but d'étudier le rôle de la salive dans la formation des ulcérations dans la stomatite mercurielle (et aussi dans le but de vérifier les expériences de v. Mering), l'auteur arrive aux conclusions suivantes.

I. Partie clinique. — La stomatite mercurielle peut être simple ou gangreneuse ; la première se développe surtout au niveau des parties des gencives où les dents correspondantes sont couvertes de tartre et sur la muqueuse de la moitié de la bouche qui ne participe pas à ce moment à la mastication. Il en est de même de la gingivite simple et de la suppuration du rebord alvéolaire.

La stomatite ulcéro-gangreneuse s'observe surtout au moment du percement des dents de sagesse inférieures lorsque la plus grande partie de la surface masticatrice de ces dents est encore couverte par les gencives, ou bien après le percement de ces dents lorsqu'elles sont déchaussées pour une raison quelconque.

En dehors de ces régions gingivales, les ulcérations mercurielles se développent là où la muqueuse buccale est comprimée par les dents.

Dans un tiers des cas, la stomatite mercurielle ne s'accompagne pas de salivation ; celle-ci, quand elle existe, est réflexe ; la salive et le mercure qu'elle contient ne jouent aucun rôle dans la production de la stomatite. Il n'est pas démontré qu'une affection des glandes salivaires précède la stomatite, mais elle peut la suivre.

L'ulcération mercurielle est consécutive à la gangrène de la muqueuse, provoquée d'une part par l'affaiblissement de la vitalité des lésions, affaiblissement provoqué lui-même par le mercure ; d'autre part, par la pression

qu'exercent les dents sur certains segments de la muqueuse. La perte de substance qui en résulte se comble parfois quoique le mercure continue à être introduit dans l'organisme.

La stomatite mercurielle simple se produit souvent sous l'influence des micro-organismes de la bouche qui peuvent se développer plus facilement et qui deviennent plus nocifs grâce à la diminution de la résistance des tissus. C'est également aux microbes qu'il faut attribuer les modifications ultérieures subies par les ulcérations, car si ces microbes n'existent pas ou ne peuvent pas se développer, les phénomènes inflammatoires peuvent presque complètement faire défaut.

Chez les syphilitiques il faut, avant d'instituer le traitement médical, remplir d'abord les indications qui découlent de l'état de la cavité buccale des malades, enlever les dents cariées s'il y en a, le tartre, etc. Il serait à désirer que la ou les variétés microbiennes qui interviennent dans la stomatite, soient étudiées d'une façon plus spéciale. L'antisepsie de la bouche peut faire diminuer notablement le nombre des stomatites simples et enrayer les phénomènes inflammatoires qui accompagnent les ulcérations, mais on ne peut pas prévenir ainsi le développement de ces ulcérations.

II. Les expériences sur des chats ont démontré que la salivation, fréquente dans le mercurialisme, se développe très vite; elle est donc indépendante de la stomatite mercurielle; elle est peu prononcée et accompagne souvent les vomissements provoqués par l'intoxication. L'existence d'une salivation mercurielle idiopathique, comme le veut Mering, n'est pas démontrée.

Si l'on enlève les glandes salivaires, les ulcérations mercurielles se développent quand même; il en est de même, si l'on introduit le mercure directement dans la cavité buccale des chiens.

Dans ces expériences, les ulcérations se produisaient toujours là où la muqueuse est comprimée par les dents.

Quoique la salive, en cas d'intoxication, donne toujours la réaction du mercure, le rôle éliminateur des glandes salivaires est très faible; en outre, cette élimination par ces glandes s'arrête plus rapidement que l'élimination du métal par les reins. Dans l'injection sous-cutanée de grandes quantités de mercure, le ptyalisme apparaît 8 minutes après, ce qui corrobore l'hypothèse de Voit que la salivation est due à l'irritation directe du parenchyme des glandes salivaires par le mercure.

Si l'on introduit une quantité relativement considérable de mercure en une seule dose, on en trouve plus dans la salive qu'avec l'introduction répétée à petites doses.

S. BROÏDO.

LUCIO GORDILLO. — Contribucion al estudio de la sífilis hereditaria tardia. Thèse Buenos-Ayres, 1895.

L'auteur divise son travail en trois parties: dans la première, il s'occupe de l'étiologie et de la pathogénie de la syphilis héréditaire; dans la seconde il étudie les manifestations osseuses de la syphilis héréditaire tardive; dans la troisième il passe en revue les différents symptômes de cette

syphilis tardive, faisant ressortir l'importance comme élément de diagnostic des antécédents de famille.

Cette thèse offre un bon résumé des travaux qui ont été publiés sur cette question, des travaux de l'école française notamment. Un chapitre à signaler est celui où se trouve discuté le diagnostic des lésions osseuses, ostéomyélite chronique, ostéite tuberculeuse, ostéo-sarcome etc., avec la syphilis héréditaire à localisations osseuses. Une autre discussion intéressante est celle qui a trait aux altérations dentaires. Après avoir exposé les idées de Magitot, de Parrot et du professeur Fournier, l'auteur se rallie à cette dernière opinion : les érosions dentaires ne sont pas de nature spécifique : elles sont fréquemment d'origine hérédo-syphilitique. Treize observations personnelles que consulteront avec fruit ceux qui auront des travaux à faire sur la syphilis héréditaire, terminent et complètent cette bonne monographie.

PAUL RAYMOND.

NOUVELLES

III^e Congrès international de dermatologie tenu à Londres du 4 au 8 août 1896.

Les séances du Congrès auront lieu dans les salles d'examens du *Royal collège of Physicians and Surgeons*, Victoria Embankment.

PROGRAMME

Mardi 4 août.

11 heures du matin. — Organisation.

Midi. — Allocution du président.

3 heures après-midi. — Discussion sur le *Prurigo*. Rapporteurs :
1. D^r UNNA (Hambourg), 2. D^r H.-G. BROOKE (Manchester), 3. D^r J.-C. WHITE
(Boston), 4. D^r PAYNE (Londres).

Mercredi 5 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.

10 h. 1/2. — Discussion sur l'*Étiologie et les variétés des kératoses*. Rapporteurs :
1. D^r UNNA (Hambourg), 2. D^r H.-G. BROOKE (Manchester), 3. professeur
MIBELLI (Parme), 4. D^r W. DUBREUILH (Bordeaux).

10 h. 1/2. — Discussion sur la *Réinfection syphilitique*. Rapporteurs :
1. professeur FOURNIER (Paris), 2. professeur LANG (Vienne), 3. M. ALFRED
COOPER (Londres), 4. D^r FITZGIBBON (Dublin).

2 heures. — Démonstrations cliniques.

3 heures. — Communications particulières.

Jeudi 6 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.

10 h. 1/2. — Discussion sur les *Tuberculoses cutanées autres que le lupus vulgaire*.
Rapporteurs : 1. D^r NEVINS HYDE (Chicago), 2. D^r HALLOPEAU (Paris),
3. D^r RADCLIFFE CROCKER (Londres), 4. D^r G. RIEHL (Vienne).

10 h. 1/2. — Discussion sur la *Durée de la période contagieuse de la syphilis*.
Rapporteurs : 1. M. HUTCHINSON (Londres), 2. professeur CAMPANA (Rome),
3. professeur LASSAR (Berlin), 4. D^r FEULARD (Paris).

2 heures. — Discussion sur les *Teignes et trichophytons*. Rapporteurs :
1. D^r SABOURAUD (Paris), 2. professeur ROSENBACH (Göttingen), 3. MAL-
COLM MORRIS (Londres).

Prendront encore la parole sur ce sujet MM. UNNA, COLCOTT FOX, etc.

Vendredi 7 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.

10 h. 1/2. — Discussion sur la *Nature et les relations du groupe érythème multi-forme*. Rapporteurs : 1. professeur de AMICIS (Naples), 2. Dr T.-H. VEIEL (Stuttgart), 3. Dr PRINCE MORROW (New-York), 4. Dr STEPHEN MACKENZIE (Londres).

10 h. 1/2. — Discussion sur la *Syphilis maligne*. Rapporteurs : 1. professeur HASLUND (Copenhague), 2. professeur NEISSER (Breslau), 3. professeur TARNOVSKI (Saint-Petersbourg).

2 heures. — Démonstrations cliniques.

3 heures. — Communications particulières.

Samedi 8 août.

9 heures. — Présentations relatives aux communications.

Le prix de la souscription au Congrès, donnant droit au volume des compte rendus est de 25 francs, payable au trésorier M. MALCOLM MORRIS 8, Harley-Street, Cavendish-Square, Londres.

Les médecins qui désirent prendre part au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion dès maintenant et de payer leur souscription le plus tôt possible.

Le secrétaire général du Congrès est M. le Dr PRINGLE, 23 Lower Seymour Street, Portman-Square, Londres.

M. le Dr HENRI FEULARD, secrétaire correspondant pour la France, se charge de réunir les adhésions et de les transmettre au comité d'organisation.

A la mémoire de Daniel Danielssen.

En 1894, le Dr D. DANIELSEN est mort à Bergen, à l'âge de 79 ans.

Pour honorer la mémoire de ce savant éminent, il s'était constitué, à l'instigation du Dr O. Lassar, un comité de dermatologistes de tous les pays. A son appel répondirent de nombreux confrères et sociétés savantes.

Tenant compte du montant des souscriptions et des propositions des médecins de Bergen, le comité décida de faire exécuter une plaque de bronze avec sujet artistique et de la placer à l'entrée de l'hôpital de Lungegaard qui fut pendant de longues années le théâtre de l'activité du glorieux défunt.

M. Klein, de Berlin, sculpteur, fut chargé de l'œuvre d'art. La plaque représente une femme idéale d'une grande beauté qui, accompagnée d'un lion, repousse dans les ténèbres des oiseaux de proie en tenant haut le flambeau de la science, tandis qu'elle étend l'autre main d'un geste protecteur sur des malades et des lépreux. L'espace resté libre porte une inscription latine qui explique le sens et la signification de l'allégorie.

Cette plaque commémorative a été inaugurée le 7 août 1895 en présence des autorités, des médecins du pays, de nombreux médecins et savants étrangers. M. O. Lassar a rappelé en termes éloquents les travaux scientifiques et les services rendus à l'humanité par Danielssen pendant un demi siècle.

Le Dr Lassar a terminé son discours en disant : « Dans ce pays son nom ne périra pas ; quand des étrangers mettront le pied sur ses rives hospitalières, ils connaîtront la valeur scientifique des hommes du Nord et leur conscience, leur science et leur activité médicale, ils verront que ce n'est pas la Norvège seule qui a apprécié son fils, ils liront gravés dans le bronze que, ici a vécu et travaillé un homme riche en intelligence et en expérience, qui ne sera jamais oublié par les spécialistes du monde entier, les amis et les contemporains : DANIEL DANIELSSEN, de Bergen. »

M. Armauer Hansen a ensuite remercié au nom des médecins de la Norvège, au nom du pays tout entier. Nous ne pouvons en imposer au monde par les armes et les canons, il faut le faire par les arts et la science, qui sont les armes de l'avenir. Si notre compatriote a déjà contribué à conquérir à la Norvège une place d'honneur parmi les nations civilisées, nous avons le droit de le rappeler avec fierté (*Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 542).

A. DOYON.

Fig. 1

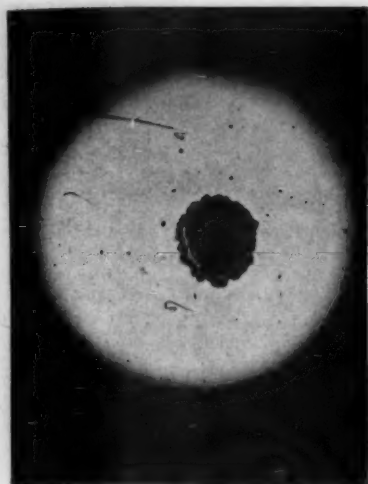


Fig. 2

